



MINISTRY OF HEALTH OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION, SCIENCE AND
INNOVATIONS OF THE REPUBLIC
OF UZBEKISTAN



ANDIJAN STATE
MEDICAL INSTITUTE

www.adti.uz

May 30, 2023.

**Republican scientific and practical
conference with international participation**



**APPLICATION OF
HIGH INNOVATIVE
TECHNOLOGIES IN
PREVENTIVE
MEDICINE**

MATERIALS

Andijan 2023.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



SCIENTIFIC EDITOR

M.M.MADAZIMOV

RESPONSIBLE EDITORS

K.Z.SALAKHIDDINOV

J.A.JOHONGIROV

G.N.MAMATKHUJAEVA

**MEMBERS OF THE
EDITORIAL BOARD**

X.T.MUSASHAYXOV

D.B.ASRANKULOVA

SH.Y.BUSTANOV

**COMPUTER GRAPHICS
EDITORS**

F.A.ABDULXODIMOV

Y.S.GROMOV



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ В СИМУЛЯЦИОННЫХ ТРЕНИНГОВЫХ ЦЕНТРАХ ПО МЕТОДУ «СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ»

Абдуллаева .М.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

На симуляционных тренингах используется метод «стандартизированных пациентов». Стандартизированный пациент - человек, обученный имитировать заболевание или состояние с высокой степенью реалистичности. Согласно требованиям, таковыми являются актеры, прошедшие краткий курс подготовки по симуляции патологий. Цель данной методики научить самостоятельно отрабатывать навыки распознавания симптомов патологии, определить лечение и тактику ведения больного. Изучая источники современной литературы, мы использовали опыт зарубежных коллег, использовали методику (с некоторой модификацией) с привлечением стандартизированных пациентов на практических занятиях симуляционного центра Андижанского государственного медицинского института со студентами 2-, 3-курсов по предмету «Пропедевтика детских болезней». Данный метод включает несколько этапов: первый этап включает предварительную подготовку студентов к роли «стандартизированного пациента», студенты ознакомились с условиями ситуации, изучают нозологию, патогенетические механизмы, клинику, течение, диагностику, тактику лечения и особенности течения у детей. Кроме этого, изучают дополнительную литературу, работают с мультимедийными программами и др. Эта группа студентов, кроме аудиторных занятий, занимается в кружках для одаренных студентов - «Мастер и ученик», созданной на кафедре, где глубоко изучают наш предмет. Такая подготовка студентов позволяет им успешно участвовать даже на республиканских и международных олимпиадах по предмету. Второй этап: подготовка экспертной группы, которая оценивает выполнение навыка, наблюдает за процессом развившейся клинической ситуации, техническим и пошаговым исполнением практического навыка. Третий этап включает «рабочую группу», подготовленных к практическому занятию студентов, но не владеющих информацией первой группы. Главным экспертом выступает педагог, который мониторит клиническую ситуацию, наблюдает за процессом в целом. Он оценивает работу всех трех групп. В конце занятия подводит итоги: отмечает ошибки и достоинства работы всех трех групп. Внедрение такого метода с процессом симуляционной подготовки вывел некоторые достоинства метода «стандартизированного пациента», а именно моделирование клинической ситуации максимально приближается к реальной; эмоциональная оживленность мотивирует студентов к поиску правильного решения в клинической ситуации; мониторинг главного эксперта- педагога дает возможность «лабиринтировать и выдавать» новый сценарий клинической ситуации, усложнять или, наоборот, облегчать поставленную задачу; элементы артистизма «стандартизированных пациентов» и их подготовленность на высоком качественном уровне дает возможность легкого усвоения материала и восприятию новой дополнительной информации у



студентов; нет материальных расходов, не требуется оснащения тренажерами, фантомами и пр. на проведение такого рода занятий.

Таким образом, использование метода «стандартизированных пациентов» в симуляционном обучении с использованием «студенческих ресурсов» в качестве «стандартизированного пациента» дает возможность получить желаемый результат и достигнуть поставленной цели: достигается качество и эффективность усвоения навыка, который поддерживается дополнительной информацией и закреплён самостоятельным выполнением навыка, даёт полную вовлечённость в процесс решения клинической ситуации всех студентов обучаемой группы, даёт возможность оценить каждого участника и корректировать ошибки, в итоге достигая полного, правильного овладения практического навыка.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С SARS-CoV2

*Абдиримова А.Д.
Ургенский филиал ТМА*

Актуальность темы. Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV2, невероятно быстро стала глобальной проблемой человечества ввиду высокой контагиозности и летальности среди населения. Определенно наибольший уровень летальности наблюдается среди групп риска, к которым относятся и беременные женщины. На сегодняшний день существует множество исследований, которые не демонстрируют единого мнения относительно течения беременности у женщин с новой коронавирусной инфекцией. Открытыми остаются вопросы о возможности передачи SARS-CoV-2 ассоциированной инфекции от матери плоду, развитие таких осложнений как задержка внутриутробного развития плода, преждевременные роды, развитие внутриутробной гипоксии у плода.

Цель: провести ретроспективный анализ наблюдений клинического течения беременности, родов и оценить перинатальные исходы у женщин с SARS-CoV-2 ассоциированной инфекцией.

Материалы. Проанализированы случаи течения беременности, родов и перинатальные исходы у 24 пациенток, инфицированных SARS-CoV-2 в возрасте от 26 до 41 года. Средний возраст пациенток составил 36 лет. Средний срок родов составил 36,3 недели. При обследовании беременных были использованы клиничко-anamnestический метод, термометрия, лабораторные методы исследования, исследования на компьютерном томографе или рентгеновском аппарате, морфологическое и гистологическое исследование плаценты.

Результаты и обсуждение. У всех пациенток был выявлен SARS-CoV-2. Средний срок заражения составил 33,7 недель гестации, минимальный - 29 нед., максимальный - 36 нед. В 100% случаев наблюдались признаки двухсторонней внебольничной полисегментарной пневмонии, сухой кашель, при аускультации -



свистящие хрипы, одышка. У 75% пациенток уровень насыщения крови кислородом pO_2 была 90%, у 25% - SpO_2 -80%. У 75% пациенток была диагностирована дыхательная недостаточность (ДН) 1 степени тяжести, у 25% - ДН 3 степени тяжести и использование искусственной вентиляции легких. Средняя температура тела составляла 39,6 С, максимальная - 40,5 С, минимальная - 37,5 С. Преждевременные роды составили 4 случая из 24, их срок составил 30/31 неделю. У половины рожениц в анамнезе имелись предыдущие роды. Было проведено 75% родоразрешений через естественные родовые пути, и в 25% - путем кесарева сечения (КС). У всех пациенток наблюдалась артериальная гипертензия от 140/100 мм.рт.ст. до 160/100 мм.рт.ст, при этом у 50% была диагностирована преэклампсия умеренной степени тяжести (25%) и тяжелой степени тяжести (25%). У 75% наблюдался ранний токсикоз в 1 триместре беременности. У 25% наблюдался гестационный сахарный диабет (ГСД), по поводу которого соблюдалась диета. Из экстрагенитальной патологии присутствовали - узловой зоб 2 степени (25%), СД 1 типа (25%), хронический пиелонефрит вне обострения (25%), анемия легкой степени тяжести (25%), хроническая герпетическая инфекция (25%), у 75% наблюдалось ожирение. По данным доплерографического исследования хроническая маточно-плацентарная недостаточность (ХМПН) наблюдалась у всех пациенток, при этом ХМПН 1а степени у 50%, ХМПН 1б степени у 25%, ХМПН 2 степени у 25%. У 50% было диагностировано варикозное расширение вен нижних конечностей. Средний вес новорожденного составляет 3082,5 г., максимальный - 4560 г, минимальный - 1800 г

Вывод: таким образом, влияние на беременность инфекции SARS-CoV-2 нам еще предстоит определить, необходимы согласованные глобальные исследования для понимания ее влияния на имплантацию, рост и развитие плода, роды и здоровье новорожденных. Своевременная диагностика, профилактика и лечение вирусных инфекций и внутриутробного инфицирования являются важной составляющей ведения беременности и планирования к ней.

ПЕРВИЧНЫЙ МИОКАРДИТ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

Юсупова М.М., Солиев А., Абдубоситов А.

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения.

Входить. Во время пандемии коронавируса часто поступают сообщения о различных степенях воспаления миокарда, вызванного вирусом SARS-CoV-2. В настоящее время патогенез до конца не изучен, но можно предположить, что вирус оказывает прямое повреждающее действие на кардиомиоциты. Эта проблема актуальна для кардиологов и требует активного изучения.

Цель исследования. Представлено клиническое наблюдение за пациентом с распространенным миокардитом после коронавирусной инфекции.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Материалы и методы . Больной А., 52 года, заразился легкой формой коронавирусной инфекции в октябре 2020 г. (лабораторно подтверждено). Через 1 месяц и неделю отметил боли в мелких суставах кистей, одышку, одышку при умеренных физических нагрузках. При обследовании выявлено увеличение лабораторных показателей: скорость оседания эритроцитов (СЭТ) 70 мм/ч, С-реактивный белок (СРБ) 85 мг/л, ревматоидный фактор (РО) 17,2 МЕ/мл; Рентгенологическое исследование кистей и стоп патологии не выявило. Скорее всего диагноз ревматоидный артрит. В декабре 2020 года состояние ухудшилось: больной отметил усиление одышки, сухой кашель, боли за грудиной. Больной госпитализирован в Ферганскую городскую больницу № 2 в научное учреждение.

Полученные Результаты. При госпитализации больной был обследован на наличие системных заболеваний соединительной ткани (в т.ч. ревматоидного артрита). В анализах крови: лейкоциты $16,3 \cdot 10^9$ /л, ЭХТ- 37 мм/ч. Учитывая сохраняющиеся жалобы на сердце, больному проведено ЭКГ-обследование. Электрокардиография: ЧСС 115 уд/мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, низкий вольтаж зубца R в V1-V4; Депрессия сегмента ST до -1,0 мм в отведениях V5-V6. Эхокардиография: увеличение левых отделов сердца. Сократительная функция миокарда левого желудочка снижается (фракция выброса 35%). Диффузный гипокинез миокарда левого желудочка. Псевдонормальный тип нарушения диастолической функции миокарда левого желудочка. Эксцентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. После обследования исключена ревматологическая патология. Заключительный клинический диагноз: миокардит.

Краткое содержание.

1. «Диагноз миокардита соответствует диагностическим критериям (ESC, 2013): клинические критерии (быстрое снижение фракции левого желудочка без ишемической болезни сердца), лабораторные критерии (С-реактивный белок (СРБ), ревматоидный фактор (РО) ; , повышенные лейкоциты), Антитела (в данном случае антитела к коронавирусу IgG в высоком титре).Выявлена корреляция между перенесенной коронавирусной инфекцией и первичным миокардитом через несколько недель.
2. По этой причине показано, что основная **Цель** должна быть направлена на профилактику и лечение кардиомиоцитов сердца после ковид-19, если не запущено основное заболевание.



ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID 19 НА РАЗВИТИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

Абдубоситов А.А.

Фарғона Жамоат саломатлиги Тиббиёт Институти

Аннотация: IT-технологии, как двигатель прогресса, оказывает огромное влияние для развития в области телемедицины, что стало одной из актуальных тем во время пандемии COVID 19. Телемедицина намного упростила жизнь врачей и пациентов в те времена, когда традиционные методы обслуживания больных были недоступны, позволила собирать медицинские данные для постановки диагноза, назначения лечения в режиме онлайн. В данной статье будут рассмотрены **Актуальность** телемедицины, ее слабые стороны и влияние этой области на здравоохранение Узбекистана.

Телемедицина – это средство связи для дистанционного оказания медицинских услуг населению и обмена идеями между медицинскими работниками с использованием телекоммуникационных технологий. [1]

Примеры взаимоотношений врача и пациента в дистанционной форме включают такие действия как предоставление результатов исследований или заключений и консультацию с врачом. Ярким свидетельством сотрудничества медицинских работников через СМИ является обмен информацией между врачами, а также управление медицинским образованием, здравоохранением и медицинскими услугами. [2]

Развитие телемедицины экономит время и силы людей, поскольку позволяет общаться онлайн со специалистом. Это часто актуально для горожан, которым не хватает времени, чтобы проверить свое здоровье и отстоять очередь. Но технологии телемедицины — это бесценная возможность для жителей сельской местности получить качественное медицинское обслуживание, так как во многих случаях в городах работают высококвалифицированные врачи.

-Инструменты телемедицины: -Телекоммуникации -Мобильные приложения -Видео-конференция -Гаджеты, которые могут отправлять врачу информацию о температуре, давлении, частоте сердечных сокращений и физической активности пациента.[3]

Технологии телемедицины могут быть использованы в любой области медицины. К таким направлениям относятся педиатрия (не нужно водить больного ребенка к врачу), психотерапия (психотерапевты проводят онлайн-сеансы), дерматология (благодаря качественным изображениям дерматологи могут обследовать пациента), неврология (показания артериального давления с помощью дистанционного наблюдения) направленного или интенсивной терапии, а это важно для сохранения жизни и здоровья больного. Телемедицина позволяет пациентам, не выходя из дома, получить советы нескольких врачей и подобрать оптимальное лечение. Это можно сделать, отправив специалисту историю болезни, хранящуюся в базе данных. Это единственное решение, особенно для тяжелобольных, которые вынуждены ехать в другой город или даже другую страну в поисках совета опытных специалистов [4].



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Главный недостаток заключается в том, что, как и другие системы, обеспечивающие хранение данных, системы телемедицины подвержены хакерским атакам. Медицинские организации остаются одной из основных целей для онлайн-преступников, поэтому кибербезопасности уделяется особое внимание.

Основные препятствия в развитии телемедицины:

- Проблема кибербезопасности данных;
- Стоимость услуг (стоимость внедрения телемедицины для регионов может быть очень высокой);
- Технические проблемы (провайдеры должны быть обучены надлежащему обслуживанию телемедицинских систем);
- недостаточная квалификация врачей; -Люди не хотят делиться личной информацией;
- Низкий уровень медицинского образования населения [5].

Услугами телемедицины пользуются миллионы людей, и их количество растет с каждым годом. В ближайшее время ожидается дальнейшее развитие международного сотрудничества врачей телемедицины — людям больше не нужно будет ездить в другие страны для консультации.

Аудитория телемедицины расширяется — если сейчас ею пользуется в основном молодежь, то в ближайшие годы число пациентов среднего и пожилого возраста будет увеличиваться. Для нуждающихся в постоянном уходе телекоммуникации могут снизить потребность во врачах и устранить ряд неудобств, связанных с транспортом. [6]

Очевидно, что ситуация в мире в 2020 году привела к реализации разного рода новых мер и радикальному изменению образа жизни населения. Медицина — одна из самых транспортированных областей из-за COVID-19.

Ученые подчеркивают, что не стоит обращаться к врачу без крайней необходимости во время карантина, подтвержденного вирусом. Благодаря развитию телемедицины населению стало проще получать необходимую помощь в Интернете. Традиционно единственным средством связи при удаленной консультации врачей был телефон. В течение некоторого времени видеоконференции, несомненно, стали наиболее распространенным способом проведения телемедицинских совещаний. [7]

Сегодня телемедицина широко применяется в Узбекистане в связи с пандемией коронавируса. Самый яркий пример — телепередача «Скорая помощь», которая выходит на Национальном телеканале. Врачи внесли значительный вклад в общественное здравоохранение в условиях отсутствия традиционных методов оказания медицинской помощи. Телевидение облегчило общение врачей с больными, не имеющими доступа к медицинскому учреждению, позволяя им получать необходимую им информацию, не покидая места жительства, что явилось мощным толчком для развития телемедицины[8]. Таким образом, развитие телемедицины, несомненно, расширит доступность качественной медицинской помощи для всех слоев населения, что упростит процесс лечения и позволит избежать ненужных затрат.



МИОРЕКСАНТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЙ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность: Одной из важнейших проблем современной медицины в последние десятилетия является проблема лечения хронических болевых синдромов. Хронический болевой синдром является наиболее частой причиной нетрудоспособности, вследствие чего превращается в серьезную экономическую проблему. Купирование болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника до настоящего времени представляет важнейшую проблему неврологии.

Цель: оценка клинической эффективности миорелаксантов для купирования мышечно-тонических форм хронической люмбаишалгии при остеохондрозе позвоночника.

Материалы и методы: Нами исследовано 111 больных, из них 77 мужчин (69,4%) и 34 женщины (30,6%) в возрасте от 30 до 75 лет (52,1 + 0,86 лет), находившихся на лечении в неврологических отделениях клиник АГМИ. Все больные были разделены на 2 группы. Первая группа - контрольная – получала общепринятую базисную терапию. Вторая группа - основная – получала комплексное лечение, которое на фоне базисной терапии включала миорелаксант. 95% пациентов страдающих хроническими болями в позвоночнике, при обращении имели интенсивность болевого синдрома от 5 до 9 баллов по цифровой ранговой шкале боли, 65% пациентов имели значительное ограничение объема движений.

Результаты: Динамическое наблюдение групп показало следующее: уменьшение болей в покое, а также увеличение объема движений и значительное снижение дефанса мышц спины через одну неделю наблюдалось у пациентов, получивших мидокалм. У другой группы пациентов уменьшение болевого синдрома и восстановление объема движений происходило более медленными темпами – в течение 2-х и более недель.

После проведенного курса лечения 60% пациентов основной группы полностью избавились от боли, 30% отметили значительное улучшения общего состояния, уменьшение болевого синдрома, улучшение качества жизни.

Выводы: Таким образом, включение в комплексную терапию миорелаксантов позволяет купировать болевой синдром, эффективно корректировать статодинамическое нарушение у больных остеохондрозом позвоночника с хроническими болями, возвращает работоспособную часть населения к труду.



ПРОФИЛАКТИКА ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТАХ У ДЕТЕЙ

Абдувалиева Ч.М., Халилов Ш.К., Усмонов Ш.М., Косимов О.З., Исроилов Ш.Ш.,
Акбаралиев А.А.

Отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП.
Кафедра детской хирургии Андижанский медицинский институт

Актуальность. Проблема лечения перитонита у детей остаётся актуальной в связи с высокой частотой встречаемости этого осложнения острого аппендицита. Поиск новых методов борьбы с интраабдоминальной инфекцией и парезом кишечника не прекращается. Тотальный абсцедирующий перитонит наиболее тяжелых форма аппендикулярного перитонита, который характеризуется формированием в брюшной полости множественных осумкованных абсцессов, развитием синдромов сепсиса и полиорганной недостаточности и нередко переходом в инфекционно – токсического шока к моменту поступления больных в стационар. Основными задачами хирургического вмешательства, помимо аппендэктомии, при тотальных абсцедирующих перитонитах является санация всех осумкованных пространств, тотальных резекций сальника, декомпрессия кишечника, динамический контроль течения воспалительного процесса в брюшной полости путем создания лапаростомии по показаниям.

Цель. Улучшение результатов лечения при аппендикулярных перитонитах у детей.

Материалы методы. В детской хирургической отделении А.Ф.РНЦЭМП с 2016 по 2022 гг находились на лечение 90 больных детей с тотальном аппендикулярном перитонитом. Из них дети до -5 лет- 55(61,1%); 6-10 лет -23(25,6%); 11-14 лет – 12 (13,3%)детей.

Результаты. Из 11 (12,2%) больных в случаях из за выраженной тонкокишечной недостаточности накладывали терминальную энторостомию. Из общего число больных с тотальном аппендикулярном перитоните в 22 (24,4%) случаях накладывали интубационную цекостомию через Баугиневую заслонку. Введенная интубационная трубка до 30-40 см в подвздошную кишку через слепой кишки способствовала к разгрузке тонкого кишечника в ближайшем после операционном периоде в течения 5-6 дней. После удаление трубки ни в одном случае не формировался губовидный свищ. Рана зажила в течение 8-7 дней и не потребовалось повторная операция как при энтеростомии. По стихание острого процесса в брюшной полости минимум через 4-6 месяцев больные подверглись к повторной операции т.е. закрытие свища.

Заключение. Таким образом, разгрузочная цекостомиа имеет существенное значение в выборе лечебной тактики при тотальных абсцедирующих перитонитах и предлагается нами для внедрения в практическое здравоохранение и может быть рекомендовано к широкому применению в практике. Во первых она эффективно



обеспечивает разгрузку тонкого кишечника и предупреждает Баугиневый спазм. Во вторых техническая простата наложение и самостоятельно закрывается за короткий срок.

НАБЛЮДАЕМЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

**Абдувалиева Ч.М., Усманов Ш.М., Исраилов Ш.Ш., Абдулазизов Ж.Г.,
Халилов Ш.К., Назиров Н.В.**

**Кафедра детской хирургии Андижанский медицинский институт
Отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП.**

Актуальность. С каждым годом увеличивается число детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта, основной контингент – это дети до 3 лет.

Материал и методы. В период с 2016 по 2022 г. В Отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП обратились 175 детей с подозрением на проглатывание инородных тел, из них после проведения первичного обследования у 118 (67%) было выявлено инородное тело в пищеводе. Инородные тела, удаленные из пищевода: батарейки у 31 (26,3%) монетки 76(64,4%), косточки у 8 (6,8%), иголки 3 (2,5%).

Результаты. Всем больным проводилось экстренная эзофогоскопия в диагностических и лечебных целях. После удаления инородных тел пищевода у 50(42,4%) выявлены осложнения: пролежни (эрозии) – у 49 (98%), этим детям проводили консервативную терапию, у 1 (2%) – перфорация пищевода остроконечными предметами, всем детям назначена консервативная терапия с наложением гастростомы, рана зажила на 5-е сутки, контроль проводился рентгенологически. ФЭГДС – на 1-е сутки. У 31 (26,3%) пациента отмечались осложнения в виде электрохимических ожогов пищевода. Глубокие ожоги преобладали в основном при позднем поступлении детей с инородными телами пищевода батарейками (от 3–6 ч до нескольких суток), у 1 (3,2%) из этих больных отмечалась перфорация пищевода, у 1 (3,2%) развился трахеобронхопищеводный свищ.

Заключение. Дети с инородными телами в пищеводе, должны госпитализироваться в стационар с круглосуточной эндоскопической службой, и с подготовленными хирургами и реаниматологами, имеющими опыт работы с такими больными

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕВОЧЕК.

**Абдувалиева Ч.М, Кадиров К.З., Усмонов Ш.М., Абдулазизов Ж.Г.,
Исраилов Ш.Ш., Юлдашев У.О.**

**Кафедра детской хирургии Андижанский медицинский институт
Отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП.**

Актуальность. Причиной острых болей в животе у детей многообразна, что определяет особенность и сложность проблемы «острого живота» у детей. Приступы



болей в животе у детей часто сопровождаются тошнотой, рвотой, беспокойством, повышением температуры тела, нередко парезом кишечника, напряжением брюшной стенки, увеличением СОЭ, умеренным лейкоцитозом. У девочек боли в животе, в зависимости от возраста, могут быть связаны с пере-крутом придатков матки или образованием яичника, апоплексией яичника, разрывом кисты яичника и воспалительные заболевания яичника.

Материал и методы. По данным отделения детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП, за 5 года с болями в животе были госпитализированы 250 (100%) девочек, из них 82 (41%) потребовалось хирургическое вмешательство в экстренном или отсроченном порядке. У 82 (%) пациенток оперативное вмешательство проводилось по поводу различных острых гинекологических патологий, во время операции обнаружена у 3 (3,75%) киста тератоидная, апоплексия яичника у 43 (53,75%), перекрут яичника с придатками 11 (13,75%), первичный перитонит у 15 (18,75%) больных девочек, разрыв кисты яичника у 8 (10%).

Результаты. При анализе данных выяснилось, что в возрасте до 5 лет самой частой острой гинекологической патологией является первичный перитонит, что составило 18,75% (15), а в пубертатном периоде перекрут яичника с придатками и разрыв кисты яичника – 10% (8), апоплексия яичника, геморрагическая форма – 53,75% (43). У 3 девочек в 3,75% случаев в связи с поздней диагностикой, стерто-стью клинических проявлений впоследствии проведена оргоуносящая операция удаление некротизированная яичника с придатками.

Заключение. Девочки с болями в животе должны быть направлены в хирургический стационар и осмотрены хирургом. При неясной картине, при сохраняющихся болях в животе необходима консультация врача-гинеколога, а также проведение дополнительных методов диагностики – УЗИ, МРТ.

ФИЗИЧЕСКАЯ МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ У БЕРЕМЕННЫХ

Абдукаххарова С.К.

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы нередко встречается сочетание нескольких заболеваний у женщин во время беременности, что требует особого подхода к ведению с **Целью** успешного родоразрешения и обеспечения необходимого уровня здоровья матери и ребенка.

Мультиморбидность у беременных приводит к сложному переплетению многих симптомов, снижая их привычную для врача диагностическую ценность.

В статье выявлена распространенность заболеваний среди беременных пациенток. У беременного пациента насчитывается в среднем от 5 до 12 заболеваний, лидирующее место среди которых занимают сердечно – сосудистые заболевания.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Ключевые слова: мультиморбидность, репродуктивный возраст, беременная женщина, эпидемиологический статус, профилактика.

Цель исследования. Выявить распространенность заболеваний среди беременных пациенток.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 65 пациенток, находившихся на обследовании и стационарном лечении в терапевтических отделениях клиники АГМИ у беременных с мультиморбидным заболеваниями.

Результаты исследования. Наличие множественной соматической патологии серьезно осложняет течение беременности. Полиморбидность повышает риски возникновения патологических состояний во время гестации, таких как многоводие/маловодие, угроза прерывания беременности, воспалительных заболеваний органов малого таза.

В то же время и беременность может приводить к ухудшению течения других соматических заболеваний – гипертонической болезни, сахарного диабета и его осложнений.

Наличие полиморбидности у беременной женщины требует от врачей акушеров-гинекологов особой настороженности в отношении такой пациентки.

Для снижения риска патологии беременности необходимо тщательное наблюдение за течением беременности и родов и своевременная коррекция сопутствующей патологии группой специалистов - акушером, эндокринологом, терапевтом, нефрологом.

В последние годы отмечается увеличение в популяции количества беременных с СД II типа вследствие того, что заболевание стало «моложе», а средний возраст наступления беременности – «старше».

Распространенность всех форм сахарного диабета (СД) среди беременных достигает - 3,5%, сахарного диабета 1-го и 2-го типов - 0,5%, гестационного диабета, или диабета беременных, - 1–3%. Сахарный диабет осложняет течение как беременности, так и родов, и послеродового периода. По сравнению со здоровыми женщинами у беременных, больных СД II типа, чаще отмечаются преэклампсия (60–70%), многоводие, фетоплацентарная недостаточность, инфекции мочевыводящих путей, воспалительные заболевания органов малого таза.

В ходе наших клинических и экспериментальных исследований показано, что в первые недели беременности гипергликемия и связанные с ней метаболические нарушения влияют на развитие таких перинатальных осложнений, как самопроизвольные аборты (35–70%), досрочное родоразрешение (25–60%), диабетическая фетопатия (44–83%), внутриутробная гипоксия (37–76%), неонатальные гипогликемии (29%), респираторный дистресс-синдром.

Большинство исследователей признали наличие гипергликемии на ранних сроках гестации основным тератогенным фактором. К наиболее распространенным порокам развития у детей от матерей, страдающих СД II типа, относят врожденные пороки сердца.



Кроме того, женщины с СД к моменту наступления беременности, как правило, имеют различную сопутствующую патологию: морбидное ожирение, артериальную гипертонию, метаболические нарушения, микро- и макрососудистые осложнения диабета (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, поражение сосудов сердца, мозга, периферических сосудов нижних конечностей и др.), что оказывает дополнительное негативное влияние на исход беременности.

Вывод. Продемонстрирована возможность успешного ведения беременной с мультиморбидностью. Это стало возможным вследствие междисциплинарного взаимодействия нескольких специалистов: кардиолога, акушера-гинеколога, эндокринолога, ревматолога.

СУДОРОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ

Абдукодирова З.Б. студентка 301 А группы педиатрического факультета,
Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К.

Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра психиатрии и наркологии

Актуальность. Судорожные синдромы являются одной из актуальнейших проблем психоневрологии, занимая большой процент встречаемости в детской популяции. Особенно актуально это в обществе, где приняты браки между близкими родственниками. По мнению большинства авторов, частота различного рода аномалий развития, грубых психоневрологических расстройств, в том числе и судорог, а также ранняя детская смертность значительно выше в родственных браках.

Цель обследования. Изучить частоту и особенности клинических проявлений судорожных синдромов у детей, рожденных в близкородственных браках.

Материал и методы. Из числа больных, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере (АОПНД), были отобраны 100 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 3 до 15 лет. Из них 47 мальчиков и 53 девочки. Всем обследованным детям проведены клиничко-параклинические исследования головного мозга: неврологический и психический статус электроэнцефалограмма (ЭЭГ); 47 детям проведена магнитно-резонансная томограмма (МРТ) головного мозга.

Основную группу обследованных составили 52 ребенка из семей от близкородственных браков с наследственной отягощенностью по судорожным расстройствам.

Группа контроля - 48 детей из семей, не состоящих между собой в родстве.

Группа была отобрана на основе 10 % репрезентативной выборки методом случайных чисел



Результаты и обсуждения. Эпилептический синдром наблюдался в обеих группах с разной частотой и клиническими проявлениями. Кроме пароксизмальных нарушений у части детей выявился различной степени выраженности неврологический дефицит в виде признаков органического поражения головного мозга, который, однако, не всегда верифицировался на МРТ-исследовании.

Судорожный синдром у детей основной группы проявлялся эпилептическими припадками чаще генерализованного характера – grand mal, подтвержденные ЭЭГ-паттернами в виде пик-волнового комплекса – у 29 детей и у 14 детей в виде т.н. судорожной готовности, а именно, волнами альфа-диапазона частотой 3-5 Гц, амплитудой 90-95 МкВ, дельта-активностью, частотой 3-3,5 кол/сек, амплитудой 4 МкВ. Неврологический дефицит в виде микросимптоматики без грубых очаговых изменений отмечался у 16 больных, причем на МРТ головного мозга лишь у 8 из них верифицировались изменения в виде диффузной субатрофии коры головного мозга, преимущественно в лобно-височных областях. Данные анамнеза не подтверждали перенесенных перинатальных поражений, в связи с чем нами эти изменения были расценены как вторичные постприпадочные повреждения коры головного мозга.

Кроме того, у 27 детей выявлен различной степени выраженности синдром интеллектуальной недостаточности (слабоумие), обусловленный детской эпилепсией.

У детей контрольной группы судороги отмечались у 12 детей, клинически протекали в виде припадков grand mal (4 чел.) и парциальными моторными приступами (8 чел.) На ЭЭГ у этих детей преобладали изменения общемозгового характера с преобладанием неспецифических, условно-эпилептических феноменов в виде острых волн, тета-ритма.

Выводы: Сочетание наследственной отягощенности и близкородственных браков значительно повышает риск развития детей с психическими расстройствами и эпилепсией, протекающих с большей прогрессивностью и, соответственно, худшим прогнозом.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ: ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗЕЙ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ

Абдукодинова З.Б. студентка 301 А группы педиатрического факультета,
Научные руководители: Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт,
Кафедра психиатрии и наркологии

Актуальность. Наркомания и алкоголизм становятся одной из наиболее актуальных проблем медицины. В семьях где злоупотребляют спиртные напитки и наркотики, там нарушается здоровы облик жизни. У детей которые воспитываются в этих семьях отмечаются психологические нарушение.

Целью исследования. Оценить значение алкогольного фактора при суицидальном поведении на территории г Андижана.



Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами были обследованы 105 незавершённых суицидов. Следует отметить, что большинство из них являются подростки. За каждым таким случаем стоит личная трагедия, безысходность, когда страх перед жизнью побеждает страх смерти.

Результаты исследования. Основные причины самоубийств семейные и микросоциальные факторы. Изучение мотивов суицида показало, что важное значение в генезе суицидального поведения имеют семейные конфликты.

Самоубийств наиболее часто отмечались в семьях где употребляли алкогольные напитки. Такие родители не могут создать нормальные условия для развития ребёнка, у таких детей отсутствуют социальная поддержка родителей и окружающих. Дисгормональные формы воспитания способствует формированию и закреплению тех или иных акцентуаций.

Характера, а нередко и являются причиной патохарактериологического развития личности. Решаются на такой шаг как правило, замкнутые, ранимые по характеру подростки от ощущения одиночества, собственное ненужности, стрессов и утраты смысла жизни. Такие дети, погруженные в мысли о самоубийстве, как правило, чувствуют себя одинокими, беспомощными и отверженными. Подростки, которые злоупотребляют алкоголем или наркотиками чаще предпринимают попытки уйти из жизни. Известно, что около 80% людей, которые предприняли попытку самоубийства, сделали это после приема алкоголя.

Алкоголь - это депрессант. После продолжительного периода депрессии, они внезапно могут стать очень жизнерадостными, потому что «нашли выход из положение», решив покончить с собой.

Многие будут правы, если скажут: такие дети нуждаются в помощи специалистов. Помощь педагога в заблаговременном выявлении таких детей может выразиться в том, что – часто общаясь с ребёнком он может увидеть признаки проблемного состояния: апатию, напряжение, агрессивность и т.п.

Выводы: Представленные **Результаты** о роли алкогольного фактора в генезе суицидального поведения дают возможность обсуждать применение новых подходов к предупреждению суицидов и покушений на самоубийство, одним из которых является снижение потребления алкоголя в популяции и адекватное лечение алкоголизма как основного заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ

Абдуллаев Д.Б., Кузиев Д.В., Ганиев А.Г.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. При регулярных учебных нагрузках динамического характера функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (ССС), как одной из наиболее важных систем жизнеобеспечения организма, можно рассматривать как индикатор



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



функционального состояния целостного организма. Особой выраженности адаптационные изменения в ССС достигают не только у спортсменов, но и у лиц опасных профессий, то есть у тех, кто регулярно испытывает интенсивные учебные нагрузки. Известно, что характер и степень выраженности адаптационных изменений зависит не только от вида регулярных учебных нагрузок, но и от степени их интенсивности. Очевидно, что в зависимости от уровня интенсивности испытываемых нагрузок подходы к оценке изменений функционального состояния ССС должны быть различными. В то же время, современные научные исследования, посвященные данной проблеме, весьма немногочисленны. Нередко интенсивные учебные нагрузки сопровождаются сдвигами в ССС, которые могут быть расценены как пограничные, свидетельствующие о перенапряжении механизмов адаптации. Впоследствии они могут приводить к развитию различных патологических состояний ССС, вплоть до летальных исходов. Учитывая возрастание уровня современных диагностических возможностей, по-прежнему открытым остается вопрос о совершенствовании подходов к определению функционального состояния ССС при регулярных учебных нагрузках путем ее комплексной оценки адекватным набором исследований, которые могут явиться диагностически доступными при массовом обследовании спортсменов и представителей опасных профессий. Следовательно, одной из ключевых проблем в рамках профилактической кардиологии, столь актуальной для лиц, испытывающих регулярные интенсивные учебные нагрузки, является проблема разграничения адаптивных перестроек в ССС, возникающих как адекватный ответ организма на регулярные тренировки, пограничных состояний кровообращения, нередко свидетельствующих о нарушении его компенсаторных возможностей, и тех патологических изменений, которые обуславливают развитие кардиоваскулярной патологии и ее последующих осложнений.

Цель исследования. Выявление особенностей адекватного функционирования ССС и ее пограничных состояний у учеников специальных школ и оценка эффективности медикаментозной коррекции пограничных состояний ССС на фоне систематических интенсивных учебных нагрузок.

Результаты и обсуждения. Всем обследованным лицам проведено комплексное инструментальное обследование: электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрический тест (ВЭМ) PWC170 (Physical Working Capacity), холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиография (ЭхоКГ). По данным ВЭМ-теста после лечения моксонидином в 3-й подгруппе выявлено достоверное снижение ($p < 0,05$) максимально достигнутого САД на пике нагрузки на 30,1 мм рт.ст. и снижение частоты выявления гипертензивной реакции на нагрузку на 56%. Полученные Результаты показали, что применение моксонидина способствовало нормализации реакции АД при выполнении ВЭМ-теста, не нарушая при этом его физиологической реакции на учебную нагрузку.

Вывод. Таким образом, анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что однократный прием 0,2 мг моксонидина в течение 2-х месяцев у учеников



спецшкол вызывает ряд положительных эффектов, которые подтверждаются результатам СМАД и ВЭМ-теста и указывают на эффективность коррекции гипертензивных состояний в данной подгруппе.

СЛОЖНОСТЬ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНЫХ КЛАПАНОВ

Назарова Г.У., Абдуллаев Ж.У.

Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра Повышение квалификации и переподготовка семейных врачей, управления здравоохранения и общественного здоровья,

Приводим историю болезни больного 61 года из Сурхандарьинской области, который поступил в 1-е кардиологическое отделение 1-й клиники ТМА с жалобами на одышку, сердцебиение, отеки на ногах, слабость. С 18 лет знает, что у него порок сердца, в связи с чем был освобожден от службы в Вооруженных силах. Периодически лечился от хронической ревматической болезни сердца стационарно и амбулаторно. Год назад стала беспокоить одышка, появились отеки на ногах. Состояние больного средней тяжести. Нормостеник, пониженное питание, акроцианоз. Деформаций суставов нет. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах влажные не звонкие хрипы. Сердце увеличено влево. На верхушке голосистолический шум, акцент II тона над легочной столический шум. ЧСС 120 уд/мин, мерцательная аритмия. Ps 90 уд/мин, аритмичный. АД 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см. Общий анализ крови и мочи – без изменений. RW – отр. Коагулограмма – в пределах нормы. АЛТ – 0,4 ммоль/л, АСТ – 0,2 ммоль/л, билирубин – 18,8 мкмоль/л, общий белок – 65,3 ммоль/л. Сахар крови – 4,6 ммоль/л. Острофазные пробы – отрицательные. ЭКГ. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. ЧЖС 80-110 уд/мин. ЭОС отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Признаки ГЛЖ. Очаговые изменения по переднеперегородочной области ЛЖ.

ЭхоКС. Дилатация ЛЖ и ЛП. КДР 6,7 см. ФВ 55%. ЛП 5,6 см. МК уплотнён, утолщён до 9 мм, края створок неровные. ТМЖП и тЗСЛЖ 1,42 см. Допплер: митральная регургитация III-IV ст. Аортальная регургитация I-II ст. Митральная недостаточность с выраженной миксоматозной дегенерацией. ГЛЖ с диффузным уплотнением.

Был поставлен диагноз: Миксоматозная дегенерация митральных клапанов (МДМК), III степени. Кардиофиброз ХСН II Б. ФК III(по NYHA). Тахисистолическая мерцательная аритмия, постоянная форма. Больной проконсультирован в Республиканском специализированном центре хирургии, рекомендовано экстренное оперативное лечение. Миксоматозная дегенерация митрального клапана – заболевание характеризующееся уплотнением створок митрального клапана, что препятствует их полному смыканию и способствует возникновению регургитации крови в полость ЛП. Точная причина заболевания не известна. Наиболее вероятной причиной считается дефект соединительной ткани передаваемой по наследству. Не исключается влияние



гормональных нарушений, вирусных и инфекционных заболеваний. Гистологически дегенерация клапанов характеризуется отложением полисахаридов и фиброзом без воспалительного инфильтрата. Макроскопически дегенерация начинается с появления узлов на свободных краях створок клапанов, которые сливаются и приводят к уплотнению створок и удлинению сухожильных хорд с вероятным их разрывом, развивается клапанная недостаточность и в конечном счёте ХСН, аритмия и фиброз сердечной мышцы. В зависимости от толщины створок клапанов выделяют следующие стадии заболевания: I степень – створки уплотнены до 3-5 мм, смыкание не нарушено, клинических проявлений нет. II степень – утолщение створок до 5-8 мм, смыкание нарушено, появляются симптомы сердечной недостаточности. III степень – утолщение створок превышает 8 мм, смыкания не происходит, отрывы хорд, выраженные клинические симптомы, пациент нуждается в экстренном оперативном вмешательстве по замене клапанов. Недостаточность митрального клапана чаще всего бывает ревматической или склеротической этиологии. Мы наблюдали больного, у которого данный порок развился в связи с миксоматозной дегенерацией. Больной поступил в кардиологическое отделение с симптомами ХСН и нарушением ритма. Клинические данные и профессиональная интерпретация ЭхоКС дали возможность поставить диагноз: Миксоматозная дегенерация митральных клапанов (МДМК). Так как стенокардитических болей и инфаркта миокарда в анамнезе не отмечалось, причину очаговых изменений сердечной мышцы связали с основным патологическим процессом.

МЕТОДЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТАХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Абдуллаева Д.А.

Кафедра педиатрии для лечебного факультета
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Аллергический ринит (АР) и бронхиальная астма (БА), безусловно, являются взаимосвязанными заболеваниями. Понимание механизмов взаимосвязи может способствовать своевременной диагностике и повышению эффективности терапии как АР, так и БА при их сочетании.

Цель исследования. Провести комплексную оценку факторов формирования аллергического ринита у детей с бронхиальной астмой

Материал и методы исследования. Диагноз будет устанавливаться на основании классификации основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей, одобренным на специальном заседании XVIII Национального конгресса по болезням органов дыхания (2009).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Результаты исследования. Нами установлено, что курение одного родителя в семье увеличивает шанс развития тяжелой бронхиальной астмы в 3 раза ($\chi^2=7,684$; $p\chi^2=0,005$), курение обоих родителей – в 3,9 раза ($\chi^2=6,56$; $p\chi^2=0,01$).

Пациенты с нетяжелым течением бронхиальной астмы, напротив, преимущественно относились к возрастной категории дошкольного возраста, и астма у них развивалась в возрасте старше 3 лет.

Аллергический ринит у 1/3 детей сопутствовал нетяжелому варианту течения заболевания, составляя при тяжелой бронхиальной астме уже половину в структуре коморбидной аллергопатологии ($p<0,01$).

У матерей пациентов с тяжелой бронхиальной астмой в 1,7 раза чаще регистрировалась угроза прерывания беременности ($p<0,01$), не выявлено статистически значимых различий по частоте кесарева сечения, натальной травмы и массы тела ребенка при рождении. ОРВИ и бронхиты с практически ежемесячной частотой в первые 3 года жизни в 1,3 раза чаще регистрировались у детей с развившейся тяжелой бронхиальной астмой ($p<0,01$). Неблагоприятные бытовые условия, проживание в зоне пассивного курения также доминировали в группе пациентов с более выраженными симптомами бронхиальной астмы.

Информация, полученная в ходе исследования, подтверждает это. Женский фенотип увеличивает вероятность развития тяжелого течения болезни в 2 раза ($\chi^2=4,14$; $p\chi^2=0,041$).

Кроме того, в уравнение включены возраст ребенка ($\chi^2 =29,46$; $p\chi^2<0,0001$), определяющий тяжесть течения бронхиальной астмы по мере взросления пациента; возраст дебюта заболевания, имеющий обратное значение стандартизованного коэффициента (для оценки ОШ произведен расчет обратного показателя – $1/0,578=1,73$), на 73% снижающий шанс формирования тяжелой бронхиальной астмы при увеличении возраста манифестации заболевания ($\chi^2 =42,50$; $p\chi^2 <0,0001$).

Вывод. АР является фактором риска развития БА. Понимание коморбидности АР и БА у детей имеет большое значение в практической деятельности педиатров, аллергологов и оториноларингологов.

Своевременная диагностика АР и адекватная его терапия может способствовать профилактике манифестации БА. У больных с персистирующим АР следует исключить астму на основании анамнеза, клинических проявлений и исследования ФВД с проведением ингаляционной фармакологической пробы с β_2 -агонистом короткого действия. У больных БА необходимо исключить наличие ринита на основании анамнеза, объективного обследования и лабораторных методов исследования.

При наличии сочетания АР и БА необходимо проводить адекватную терапию в соответствии со степенью тяжести каждого заболевания, что улучшает прогноз аллергических заболеваний респираторного тракта.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ ПРИ СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ДЕТЕЙ

Абдуллаева Д.А.

Кафедра педиатрии для лечебного факультета
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) и аллергический ринит (АР) являются коморбидными заболеваниями, что связано с гистологическим, физиологическим и иммунопатологическим сходством верхних и нижних дыхательных путей, системными механизмами развития хронического аллергического воспаления.

Пациенты, страдающие АР, имеют в 3 раза больше шансов заболеть астмой, чем здоровые лица, и, как правило, ринит предшествует формированию БА у 32-49% больных. Многие пациенты с АР имеют гиперреактивность бронхов (ГРБ), что свидетельствует о том, что наличие ринита является фактором риска развития БА

Цель исследования. Выявление клинических особенностей аллергических ринитов при сочетании с atopической бронхиальной астмой у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 107 детей в возрасте 6-18 лет с ПАР средней степени тяжести в периоде обострения и/или БА интермиттирующей, легкой персистирующей в стадии ремиссии.

Результаты исследования. Количественное содержание клещей рода *Dermatophagoides* в 1 г пыли квартир детей с круглогодичным аллергическим ринитом в 2,83 раза, а при сочетании круглогодичного аллергического ринита и бронхиальной астмы в 4,4 раза выше, чем в домашней пыли квартир у здоровых детей.

Сочетании круглогодичного и сезонного аллергических ринитов у детей с бронхиальной астмой характеризуется высокой частотой поливалентной сенсibilизации (в 64,1% и 84% случаев соответственно).

Клиническими особенностями аллергических ринитов при сочетании с бронхиальной астмой у детей являются: преобладание форм средней тяжести в структуре заболеваемости при сезонном и легких форм при круглогодичном аллергическом рините; полисимптомность клинических проявлений более высокая при сезонном и меньшая при круглогодичном аллергическом рините; высокая частота поражения ЛОР-органов как при сезонных, так и при круглогодичных формах аллергических ринитов.

У детей, больных аллергическим ринитом и бронхиальной астмой выявлено изменение иммунной системы в виде снижения фагоцитарной активности нейтрофилов, количества Т-лимфоцитов за счет уменьшения доли CD4+ субпопуляции, а также функциональной активности Т-лимфоцитов; уменьшение количества средне- и высокоаффинных Т-лимфоцитов; повышение цитопатогенного эффекта лимфоцитов в культуре тканевых клеток, уровней циркулирующих иммунных комплексов и общего Ig E в периферической крови.



Вывод. Выявленная зависимость распространенности клещей рода *Dermatophagoides* в домашней пыли квартир с частотой развития круглогодичного аллергического ринита обосновывает значимость проведения мероприятий направленных на удаление клещей и их аллергенов из жилищ детей, больных аллергическим ринитом и атопической бронхиальной астмой.

Определена необходимость специализированного обследования ЛОР-органов у детей, страдающих аллергическим ринитом и атопической бронхиальной астмой.

Определена необходимость проведения комплексного аллергологического обследования детей, страдающих аллергическим ринитом и атопической бронхиальной астмой, включающего выявление полисенсibilизации к бытовым, пищевым и пыльцевым аллергенам.

С целью выявления патогенетических изменений у детей, страдающих аллергическим ринитом и атопической бронхиальной астмой, показано исследование иммунной системы с определением в периферической крови параметров фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов, количества CD4+, средне- и высокоаффинных Т-лимфоцитов, уровней циркулирующих иммунных комплексов и общего Ig E.

ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ СТРАДАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Абдуллаева М.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Во время беременности может нарушаться функция печени и желче выводящих путей, что может быть связано с повышением нагрузки на печень в связи с необходимостью обезвреживания продуктов жизнедеятельности плода, мобилизации энергетических ресурсов, с необходимостью усиления обменных процессов. Беременность является провоцирующим фактором, активизирующим заболевания.

В то же время беременность не является противопоказанием при заболеваниях желчевыделительной системы, не оказывает заметного влияния на течение гестационного процесса и его исход. В связи с этим своевременное выявление этих заболеваний и проведение соответствующего лечения в прегравидарном периоде, возможно, снизят частоту осложнений беременности и риск развития перинатальной патологии.

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности у женщин с ЖВП.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 30 беременных женщин, имевших ЖВП, находившихся на стационарном лечении в Перинатальном центре г Андижана в 2021 – 2022 г.г.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Результаты исследования. Все беременные получали консервативную терапию, в 60% (18) случаев отмечено улучшение общего состояния на 1 – 2 сутки. Лапароскопическая и лапаротомическая холецистэктомия выполнена в 16,7% (5) случаев в виду неэффективности консервативной терапии. С прогрессирующей беременностью выписаны из стационара беременные в 83,3% (25) случаев, в 6,7% (2) случаев после оперативного лечения беременность прервалась - самопроизвольный аборт в малом сроке беременности, в 3,3% (1) случаев беременная переведена в родильное отделение с угрозой преждевременных родов и в 6,7% (2) случаев – перевод в родильное отделение с началом родовой деятельности.

По данным нашего исследования манифестация ЗЖВП чаще происходит в I и II триместрах беременности, 1-13 нед – 66,6 % (20) случаев, 14-27 нед – 26,7% (8) случаев, 28-40 нед – 6,7 % (2) случаев, что связано с повышением чувствительности рецепторов к прогестерону в стенке пузыря и снижением его сократительной активности (гипомоторная дискинезия) наряду с высокой литогенностью желчи, индуцированной эндогенными эстрогенами. Помимо этого, у беременных женщин может изменяться липидный спектр сыворотки крови, поскольку при беременности происходит частичное "переключение" основных энергетических процессов с углеводов источников на липидные. Таким образом, во время беременности у женщин проявляется сразу несколько механизмов, способствующих образованию камней в желчном пузыре.

Средний возраст беременных с ЗЖВП составил $31,32 \pm 0,76$ (19-37 лет). В 60% (18) случаев возраст женщин варьировал от 30 до 37 лет, 40% (12) случаев – от 19 до 29 лет. В 16,7%(5) случаев сельские жительницы, городские – в 83,3%(25) случаев. Доля работающих пациенток 80% (24) случаев, неработающих 20% (6) . Все беременные исследуемой группы состояли на диспансерном учете в женской консультации до 12 недель беременности. Первородные составили 46,7% (14) случаев, повторнородные составили 53,3%(16) случаев. Первые роды предстояли в 53,3% (16) случаев и повторные роды предстояли в 46,7% (14).

Острый калькулезный холецистит возникал у беременных на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта в 46,7% (14) случаев: желчекаменная болезнь в 40% (12) случаев и в 6,7% (2) – язвенная болезнь желудка. Вирусный гепатит В в анамнезе отмечен в 6,7% (2) случаев и в 3,3% (1) случаев отмечен гепатит С. У 13,3% (4) беременных отмечена аппендектомия в анамнезе. Избыточная масса тела отмечалась у беременных в 60% (18) случаев.

Вывод. По данным современной литературы профилактика снижает осложнения беременности и заключается в обследовании всех женщин детородного возраста, особенно планирующих беременность, и при наличии желчнокаменной болезни проводить плановое оперативное лечение этого заболевания до беременности Эти мероприятия позволят избежать острой неотложной ситуации на поздних сроках беременности, что крайне нежелательно как для матери, так и для плода.



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИМУЛЯЦИОННОГО ТРЕНИНГА НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ

М.Э.Абдуллаева

Андижанский государственный медицинский институт

Выпуск высококвалифицированных медицинских кадров и качество образования и в настоящее время крайне актуально. Основной **Целью** реформ в системе высшего образования и практического здравоохранения, проводящейся в Узбекистане, является создание гибкой системы, которая обеспечит доступность медицинской помощи, повышение эффективности медицинской службы на всех звеньях системы здравоохранения. В системе высшего образования поставлена **Цель** совершенствовании системы профессиональной подготовки медицинских кадров. В этом направлении идет технологическая модернизация, которая на сегодняшний день предусматривает использование симуляционных методов, способствующих повышению качества образования в медицинских ВУЗах. Для определения качества проведенных тренингов, необходимо выделить критерии эффективности тренинговых занятий проводимых в симуляционных центрах. Общепринятыми являются практическая результативность, т.е ориентированная на результат: выполнение практического навыка с положительной динамикой получаемых результатов. Необходимо выделить срок и скорость выполнения навыка, который определяется учебными часами на каждом практическом занятии. Не маловажным является индивидуальная направленность выполнения каждого навыка у каждого конкретного студента. Пошаговое и непрерывное выполнение навыка на оборудовании (тренажере, фантоме и пр.), ведет к развитию автоматизма выполнения навыка и стойкого его закрепления. При этом навык выполняется без поддержки из вне (педагога). В качестве эксперта оценивающего правильность и точность выполнения навыка могут выступить как обучающиеся, так и педагог. Заключительную оценку дает педагог, который отслеживает все этапы обучения, корректирует и оценивает полученный результат.

На практических занятиях Андижанского государственного медицинского института (АГМИ) отведены часы клинической учебной практики, которые составляют 50-60% от всего занятия. Нами проводилось исследования в обучаемых группах студентов 1-2-3 курсов педиатрического и лечебного факультетов по предмету «Пропедевтика детских болезней». Клиническая учебная практика проводилась в симуляционном центре АГМИ. Предварительно для каждого занятия были подготовлены пошаговые инструкции для освоения конкретного практического навыка с оценков 100 баллов. В них были включены ключевые моменты по выполнению и закреплению задания (навыка). Навык выполнялся и отработывался на манекенах, фантоме, тренажерах. В некоторых случаях использовались так называемые «стандартизированные пациенты», предварительно подготовленные студенты-волонтеры, роль которых являлась иммитация состояния, требующей применени навыка, например, «транспортировка больного», оказание



неотложной помощи при обмороках и др. Также применялись групповые интерактивные игры, которые способствовали мотивации обучения студентов, улучшению показателей усвоения навыка и его закрепления. Экспертная оценка проводилась дважды: со стороны студентов-экспертов и со стороны педагога. Лучшими результатами занятия считались случаи, когда оценка обеих экспертов совпадала. Проведение клинической учебной практики в симуляционном центре АГМИ дало несомненно положительные **Результаты** в мотивации подготовки к занятиям у студентов, в их активации и «оживлению» при максимальной приближенности к реальной ситуации.

Таким образом, значимость симуляционного обучения подтверждена тем, что проведение клинической учебной практики в симуляционном центре дает максимально положительный результат в оценке усвоения навыка, т.е. ожидается качественное и профессиональное выполнения отработанного навыка в реальных условиях.

ГЕАНГИОМЫ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ

Абдуллаева Н.Ж.

Кафедра педиатрии лечебного факультета

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гемангиома - это доброкачественная опухоль сосудов, которая бывает врожденной или появляется в первые недели после рождения ребенка. Несмотря на то, что это опухоль, в 90% случаев патология не требует лечения и не влияет на качество жизни ребенка. Однако в остальных 10% - болезнь протекает непредсказуемо и требует вмешательства врачей.

Младенческая гемангиома встречается у 1.1-2.6% новорожденных детей. Чаще патология возникает у недоношенных девочек, которые родились с малым весом тела. Сосудистая опухоль чаще всего появляется на голове и шее.

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости гемангиомами внутренних органов у новорожденных и детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 114 пациентов первого года жизни, находящихся на обследовании и лечении в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей АОДБ г. Андижана.

Результаты исследования. За анализируемый период наибольший процент составили дети с гемангиомами кожных покровов и слизистых оболочек — 107 пациентов, с гемангиоматозом печени — 7 (6,14%): в первый месяц жизни — 2 чел. (28,57%), в 1–3 мес — 1 (14,29%), в 3–12 мес — 4 (57,14%). Из них в 5 случаях выявлена мультифокальная форма гемангиоматоза, а в 2 — локальная.

Всем больным назначена терапия пропранололом в дозировке 1–2 мг/кг/сут. Отмечена положительная динамика в 71,43% случаев. Авторами установлена ассоциация гемангиом внутренних органов с неспецифическими антенатальными заболеваниями:



перинатальной энцефалопатией (71,43%), малыми аномалиями развития сердца (42,86%), недоношенностью (28,57%), TORCH-синдромом (14,29%).

Больные лечились амбулаторно после отработки доз пропранолола в стационаре. Случаев повторных госпитализаций — 2 (28,57%). При проведении УЗИ органов брюшной полости отмечена положительная динамика в 85,7% случаев.

Вывод. В данном исследовании авторами показана эффективность - адrenoблокаторов в лечении гемангиоматоза внутренних органов. Применение пропранолола снижает необходимость повторных госпитализаций и применения других методов лечения.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Абдуллаева Н.Ж.

Кафедра педиатрии лечебного факультета

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Физическое воспитание в дошкольных учреждениях предусматривает, прежде всего, охрану жизни и укрепление здоровья детей, своевременное формирование у них двигательных умений и навыков, развитие физических качеств, воспитание культурно-гигиенических навыков и привычек, развитие интереса к физическим упражнениям и подвижным играм.

Физкультурно-оздоровительная деятельность детей дошкольного возраста должна быть направлена на повышение сопротивляемости детского организма к неблагоприятным факторам внешней и внутренней среды, развитие психических и физических качеств и особенностей, интереса и потребности в физическом совершенствовании, всестороннем формировании личности ребенка

Цель исследования. Выявить современную специфику физического развития у дошкольников в г. Казани.

Материалы и методы исследования. Обследовано 400 дошкольников, из них 220 девочек и 180 мальчиков. Общие показатели ФР следующие: среднее развитие имели около 30%, выше среднего — 63%, в основном за счет роста (в том числе гиперсомия 2 степени — 33%), а ниже среднего — 7%. Гармоничное ФР отмечалось в 67,5% случаев, дисгармоничное — 20%, резко дисгармоничное 12,5%.

Результаты исследования. Для подробного изучения закономерностей физического развития мы разделили обследованных детей на 3 основные группы по возрасту: группа № 1 — дети в возрасте 3–4 года, в группа № 2 — дети 5 лет, группа № 3 — 6–7 лет.



В группе детей 3–4 лет (210 детей) среднее ФР имели 43% детей, выше среднего 47,5%, ниже среднего 9,5%. Показатель роста в среднем на группу был 102 см, вес — 16 кг. Гармоничное 86%, дисгармоничное 5% и резко дисгармонично 9%. Группа пятилеток включала 120 детей — среднее ФР имели только четверть детей (25%), выше среднего — 75%.

Средний рост на группу — 116 см, вес — 18 кг. Гармоничное 33%, дисгармоничное 50% и резко дисгармоничное 17%. Группа 6–7 лет была из 70 детей. Все дети имели отклонение в ФР, так очень высокое и высокое ФР по 30 детей соответственно и очень низкое у 10. Гармоничное у 6 и дисгармоничное у 1. Средний рост 126 см, средний вес — 26 кг.

Вывод. Таким образом установлено, что 63% детей имели физическое развитие выше среднего, в основном за счет высокорослости, у 30% детей оно было средним и лишь 7,5% имели данные ниже среднего. Полученные **Результаты** требуют дальнейшего изучения с **Целью** оценки других параметров здоровья и выявления факторов риска развития патологии у детей.

ОЦЕНКА КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Абдуллажанов Б.Р., Юсупов Ж.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оценить клинико-статистические показатели исходов лечения длительно незаживающих гнойных ран.

Материал и методы исследования. Фундаментом исследования послужили 132 больных с ДНГР мягких тканей, пролеченных в клинике Андижанского Государственного медицинского института за 2016-2020 гг. У всех пациентов гнойные раны образовались не менее чем за 14 суток до поступления и средние сроки наличия раны составили $22,6 \pm 1,9$ дня. Все больные были разделены на три группы, согласно проведенному методу лечения ДНГР. Сформировано две группы сравнения. Группа сравнения №1 – 54 пациента, у которых анализ результатов для сопоставительного исследования проведен ретроспективно. Лечение ДНГР в этой группе проводилось по традиционной методике. В основную группу включены 38 больных, у которых лечение ДНГР проведено по предложенному способу. В качестве антисептического и ранозаживляющего средства, а также фотосенсибилизатора при ФДТ использован отечественный препарат «ФарГАЛС». В качестве источника излучения для ФДТ нами использован лазерный аппарат «Матрикс». В нем использован полупроводниковый излучатель с мощностью излучения 3 мВт, спектр- 337нм. Излучение импульсное с частотой 100 Гц. В группу сравнения №2 включено – 40 пациентов. Для объективной картины в оценке результатов, в данной группе лечение больных осуществлялось только с применением препарата «ФарГАЛС». Возраст включенных в исследование пациентов



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



варьировал был от 25 до 75 лет. Большинство больных соответствовали возрастной группе от 45 до 60 лет.

В качестве сводных результатов лечения больных с длительно незаживающими ранами мягких тканей нами в сравнительном аспекте были проанализированы такие показатели, как продолжительность курса лечения, отдаленные исходы терапии (полная и неполная репарация раны, рецидив), частота встречаемости благоприятных и неблагоприятных исходов заболевания и их соотношение, а также соотношение показателей увеличения пользы и снижения риска лечения на 4 неделе наблюдения.

Результаты. Средняя продолжительность лечения в основной группе больных составила $20,8 \pm 1,5$ суток, из которых на госпитальный период пришлось $10,5 \pm 0,6$ суток, на постгоспитальный период – $10,4 \pm 1,1$ суток. Во второй группе сравнения общая продолжительность лечения больных была дольше ($28,2 \pm 2,4$ суток), разница с основной группой была статистически значимой ($t=2,59$; $p<0,01$). При этом в группе сравнения №1 были получены еще более худшие

Результаты: общая продолжительность лечения составила $37,7 \pm 2,5$ суток, госпитальный период – $15,8 \pm 0,9$ и постгоспитальный период $21,9 \pm 2,1$ суток, со следующими показателями достоверности отличия: от группы №2 – $t=2,77$; $p<0,001$, и от основной группы – $t=5,78$; $p<0,001$. В отдаленные сроки (4 недели) исследования в основной группе пациентов в 84,2% (32 из 38) случаях наблюдалась полная репарация раны, в 15,8% (6 из 38) – отмечена неполная эпителизация. Дальнейшие наблюдения показали, что в сроки 8 недель полная репарация раны была достигнута в 97,4% случаях, что было больше, чем в группах сравнения, где данный показатель был достигнут лишь в 87,5% случаях в группе №2 и в 83,3% в группе №1, только на 12 неделе.

Рецидивы заболевания отмечены в 1 случаев в основной группе, 5,0% и 7,4% в группе №2 и №1 соответственно.

При изучении соотношения частоты встречаемости благоприятных и неблагоприятных исходов лечения и заболевания получены следующие **Результаты:** через 4 недели после начала лечения благоприятный исход отмечен в 84,2% (32 из 38) случаях в основной группе, что было статистически больше чем в группе №1 (против 62,5%; $\chi^2=4,669$; $df=1$; $p=0,031$) и в группе №2 (против 40,7%; $\chi^2=17,385$; $df=1$; $p<0,001$). В сроке через 12 недель данный показатель составил 97,4% в основной группе, 87,5% в группе №2 и 83,3% в группе №1 ($\chi^2=4,535$; $df=1$; $p=0,034$).

Исходя из полученных результатов исследования рассчитанный коэффициент сопряженности составил 0,97 для благоприятных и 0,3 для неблагоприятных клинических исходов в основной группе через 12 недель, тогда как в группах сравнения он был ниже и составил 0,88 к 0,13 и 0,83 к 0,17 в группе №2 и №1 соответственно.

При соотношении результатов основной группы и группы сравнения №1 повышение относительной пользы составило 100%, повышение абсолютной пользы – 43,5%, снижение относительного риска – -73,4% и снижение абсолютного риска – -43,5%. Указанные показатели были сопоставимо ниже при сравнении основной и группы



сравнения №2, что указывает на более высокую относительную эффективность используемого вида лечения в данной группе сравнения (локальная монотерапия).

Выводы. Клинико-статистические показатели оценки исходов лечения длительно незаживающих гнойных ран показали высокую эффективность предложенного способа, о чем свидетельствовал прирост доли благоприятного результата к 4 неделе наблюдения с 40,7% до 84,2% ($\chi^2=17,385$; $df=1$; $p<0,001$), в сроки до 8 недель указанный показатель составил 81,5% против 97,4% соответственно ($\chi^2= 5,348$; $df=1$; $p=0,021$), отсутствие достоверной разницы по структуре исходов лечения и частоты рецидивов патологии получено только в сроки к 12 неделям (83,3% и 97,4%), при этом в рассматриваемые периоды получено существенное увеличение показателей относительной и абсолютной пользы с соответствующим снижением относительного и абсолютного значений риска лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОЙ КОМПОЗИТНОЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ПЛЕНКИ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

**Абдуллажанов Б.Р., Бабаджанов А.Х., Кучкаров М.Ю.
Андижанский госудастрвенный медицинский институт**

Актуальность: Достижение гемостатического эффекта физическими методами воздействия на раневую поверхность и кровоточащие сосуды паренхимы рационально преимущественно при ее неглубоких и поверхностных повреждениях. Для остановки кровотечения из сосудов паренхимы диаметром более 1,0 мм требуется увеличение экспозиции и мощности воздействия энергии, что неизбежно приводит к повреждению стромальных элементов органа и увеличивает площадь некроза паренхимы до глубины 4-8 мм, а образующийся при этом коагуляционный струп нередко служит субстратом для инфицирования и рецидива кровотечения. Физические способы гемостаза при операциях на паренхиматозных органах не отвечают требованиям «идеального способа», который должен сопровождаться минимальной кровопотерей или ее отсутствием, минимальным некрозом паренхимы и сокращением времени операции. В связи с этим, разработка быстродействующих, безопасных, эффективных и экономичных гемостатических материалов имеет большое клиническое и социальное значение.

Материалы и методы: проводилась разработка модели паренхиматозного кровотечения у крупных животных (собаки, свиньи) с оценкой эффективности отечественного покрытия – композитной пластинки. После удаления шерстяного покрова с передней брюшной стенки производилась верхне-средне-срединная лапаротомия. После разведения краев раны ранорасширителем в операционное поле **Выводилась** правая доля печени. С использованием брюшистого скальпеля повреждалась паренхима печени площадью до 3x4см с развитием смешанного кровотечения. В последующем к раневой поверхности печени прикладывалась гемостатическая губка (контроль) или



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



гемостатическая пластинка (опыт) и удерживалась до наступления полного гемостаза. Надежность гемостаза оценивалась путем наблюдения за состоянием раны в течение 30 минут.

Контроль. Гемостатическая губка, изготовленная из коллагена крупного рогатого скота производства фирмы ООО Турон Силк фарм представляет собой пористую пластинку светло-желтого цвета. Для остановки кровотечения из печени использован фрагмент ее размером 3x4см. После просушивания раневой поверхности печени губка тут же прикладывалась и прижималась к ране. В течение 2 минут губка удерживалась усилием руки. В последующем вследствие отсутствия адгезивной способности губка удерживалась на поверхности печени путем тампонирувания марлевой салфеткой.

Результаты использования гемостатической губки показали, что даже при 5 минутной ее экспозиции достигался только частичный гемостаз из капиллярных сосудов. В то время как из мелких венозных сосудов кровотечение продолжалось. В 2 случаях кровь стала изливаться через пропитанную кровью гемостатическую губку, что послужило основанием для удаления губки и прикладывания другой. После повторного использования губки гемостаз был достигнут в течение 6 минут. Следует отметить, что при 30 минутном наблюдении плотной адгезии губки к раневой поверхности печени не происходило. Это обстоятельство не исключает риск возобновления кровотечения в более поздние сроки.

Опыт. Моделирование плоскостной раны печени размером 3x4 см произведено как описано выше. Достигнуто кровотечение, которое носило характер смешанного с обильным пропитыванием марлевой салфетки. После просушивания раны печени салфеткой, к ней тут же была приложена гемостатическая пластинка размером 4x5см. В процессе контакта пластинки с кровью она становилась более гибкой и хорошо контактировала с неровной раневой поверхностью.

После фиксации в течение 30 секунд наступала адгезия к раневой поверхности с полной остановкой кровотечения. С течением времени – не менее 30 минут пластинка представляла собой прозрачное покрытие по характеру напоминающее глиссонову капсулу. Через пленку просматривалась раневая поверхность, что позволяло исключить риск скопления гематомы под поверхностью пленки. Таким образом, применение гемостатической пластинки при повреждении печени дает возможность в течение короткого времени (0,5-1 минута) достичь полной адгезии ее к поверхности раны с полной остановкой кровотечения. Эффект гемостаза стойкий с минимизацией риска рецидива кровотечения.

Обсуждение: Проведенные экспериментальные исследования позволили разработать первую отечественную композитную гемостатическую пленку для применения в хирургии паренхиматозных органов, которая включает несколько слоев на основе биологически абсорбируемых производных полимеров (целлюлозы, вискозы и кальция), сочетание которых обеспечивает локальную гемостатическую эффективность имплантата. Гемостатический препарат в виде порошка мелкодисперсной формы



изготовлен из водорастворимых производных целлюлозы и обладает свойством вызывать гемостаз в течение нескольких секунд, обладает способностью активно поглощать влагу, обладает высокой адгезивной способностью к влажным тканям. Коллагеновая пленка изготовлена из очищенного медицинского коллагена, обладает слабыми антигенными свойствами. Пленка обладает слабой адгезивной способностью и поэтому не прилипает к рукам хирурга при использовании. Обладает свойством биodeградации в течение 3-4 недель.

При активном кровотечении из поверхности паренхиматозного органа вначале с помощью доступных методов (коагуляция, прошивание) останавливается активное артериальное кровотечение из крупных сосудов. В последующем поверхность органа осушается и при продолжающемся кровотечении из мелких венозных и капиллярных сосудов на раневую поверхность прикладывается гемостатическая пленка действующим слоем и удерживается в течение 1-2 минут. Степень прижатия соответствует давлению в кровоточащем сосуде. В виду высокой адгезии порошка к влажной поверхности тканей дополнительных действий для фиксации пленки не требуется.

Выводы: Проведенные экспериментальные исследования позволили разработать первую отечественную композитную гемостатическую пленку для применения в хирургии печени, которая включает несколько слоев на основе биологически абсорбируемых производных полимеров (целлюлозы, вискозы и кальция), сочетание которых обеспечивает локальную гемостатическую эффективность имплантата.

ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОЙ КОМПОЗИТНОЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ПЛЕНКИ В ХИРУРГИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

Абдуллажанов Б.Р., Бабаджанов А.Х., Хаялиев Р.Я., Кучкаров М.Ю.

Андижанский госудасртвенный медицинский институт

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр

Хирургии имени акад. В.Вахидова

Актуальность: Гемостаз является первичным условием для предотвращения осложнений, присущих хирургическим процедурам. Неконтролируемое кровотечение может продлить пребывание в стационаре, увеличить расходы и привести к гиповолемическому шоку, недостаточности сердечно-сосудистой системы и, как следствие, к смерти. В современную эпоху достижения в области местных агентов расширили возможности управления гемостазом у хирургических пациентов. Эти достижения включают физические, рассасывающиеся (т.е. окисленная целлюлоза и желатиновые пены) и биологические агенты (т.е. местный тромбин, фибрин, тромбоцитарный гель). При поиске идеального местного агента большое значение имеют такие факторы, как простота использования, механизмы доставки, эффективность,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



отсутствие антигенных свойств, абсорбция и стоимость. Хотя ни один местный агент, разработанный на сегодняшний день, не обладает всеми этими качествами, разработка местных коагулянтов продолжает продвигаться вперед для оптимизации эффективности и стоимости и, в конечном счете, для достижения наилучших результатов для пациентов.

Материалы и методы: проводилась оценка эффективности отечественного покрытия – композитной пластинки на модели паренхиматозного кровотечения у крупных животных (собаки, свиньи). При морфологической оценке материалов, полученных в ходе нашего эксперимента, сравнивали состояние сосудов области контакта с поликомпозитной гемостатической плёнкой (ПГП) или синусоидальных сосудов в паренхиме печени, взаимодействие гемостатических материалов с раной и воспалительную реакцию. При изучении морфологической характеристики по применению аппликационных гемостатических имплантов биоматериалы, полученные от экспериментальных животных после операции, исследовали на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки. Полученные биоматериалы фиксировали в 10% растворе формалина на фосфатном буфере. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Светооптические микрофотографии получали на микроскопе “DN-300M” сопряжённым с цифровой камерой и компьютером. Все микрофотографии подвергались обработке и сохранению данных на компьютере с помощью прикладных программ Microsoft-«Windows 10 pro».

Результаты и обсуждение: С 1-х суток эксперимента в области воздействия поликомпозитной гемостатической пленки значительно преобладали признаки некробиотических процессов с альтеративным эффектом в области ткани печени. При этом в области ткани и поликомпозитной гемостатической пленки выявлены деструктивные тканевые элементы и отек тканей. Но характерной особенностью является то, что в синусоидальных венах синусов, контактирующих с поликомпозитной гемостатической пленкой (ПГП), микротромботические элементы сосудов заполнены сладжем, а вокруг этих сосудов диапедез эритроцитов, лимфолейкоцитарная (преимущественно эозинофильная) стали появляться инфильтраты. В области раны определялся кровяной сгусток, состоящий из гемоподобных элементов.

На 3-и сутки эксперимента установлено, что в зоне воздействия ПГП воспалительный процесс уменьшился, кроветворные элементы, особенно эритроциты, находились в состоянии стаза и сладжа в большинстве сосудов и почти во всех сосудах синусоидального типа. Сгустки крови были обнаружены вокруг и внутри некоторых крупных сосудов в области контакта с ПГП.

На 7-й день опыта характерным состоянием является то, что все сосуды полнокровны, развит эритроцитарный сладж, а в синусоидальных сосудах в области раны определяются мономорфные однородные массы, кроме кровяных элементов. Выявлены признаки значительного уменьшения воспалительного процесса и преобладания воспалительно-пролиферативного процесса.

К 14-му дню эксперимента в области контакта печени с ПГП при микроскопическом исследовании отмечена ответная реакция с невыраженными элементами клеточного



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



воспаления, редкая макрофагальная реакция, минимальная капиллярная пролиферация, формирование умеренного волокнистого слоя из соединительной ткани. Жировой инфильтрат не наблюдался.

На 21-й и 30-й день эксперимента у подопытных животных гистологически отмечалось усиление регенераторного процесса в паренхиме в зоне контакта с поврежденной тканью печени и ПГП, особенно в зоне повреждения, что говорило о восстановлении балочного строения печени, исчезновении отека и полнокровия, уменьшении толщины фиброзного слоя печени. Минимальная клеточно-воспалительная и тканевая реакция на ПГП. Определялись следы от имплантата ПГП.

В результате проведенных морфологических исследований установлено, что в области раны, покрытой ПГП, в 1-е сутки эксперимента преобладает альтеративно-экссудативный процесс воспаления. По этой причине в поверхностных слоях раневой области выявляли признаки некробиотического процесса и воспаления, преимущественно лейкоцитарно-лимфоцитарные инфильтраты. Но на стороне, покрытой ПГП, выявляют полнокровие сосудов, внутрисосудистый сгусток и тромбы, состоящие из посторонних гемоподобных элементов. Эти признаки в основном проявлялись через 3 дня. В это время преобладают экссудативно-пролиферативные признаки воспаления. По этой причине в ране, обработанной ПГП, начинают формироваться фибробласты с пролиферативными изменениями, причем эти изменения хорошо видны на 7-й день эксперимента, и определяется заживление ран фибробластами. Кровеносные сосуды в зоне полнокровия, отчетливо развит стаз, в области раны с ПГП, выявляются наслоения микротромбов. Если инородная реакция ткани выявляется в виде диффузных инфильтративных макрофагов на 3-и сутки, то с 7-х суток эксперимента этот признак не выявляется. В этот период в синусоидальных сосудах в зоне ПГП продолжают выявляться стаз и сгусток. Во многих синусоидальных сосудах продолжают выявляться мономорфные однородные образования. С 14-х суток эксперимента в зоне воздействия ПГП отчетливо заметна гистоархитектоническая перестройка слоев раны, при этом установлено, что она полностью восстанавливается на 21-е и 30-е сутки. При этом само пленочное покрытие в эти сроки уже не определяется, что подтверждает свойство биоразложения имплантата.

Выводы: Гистоморфологические результаты нашего эксперимента показали, что ПГП обладает ярко выраженным кровоостанавливающим свойством в сосудах в области раны, а в связи с тем, что воспалительные реакции в области раны носят преимущественно пролиферативный характер, восстанавливает гистоархитектонику раневой ткани в области раны на ранних стадиях и предотвращает грубое рубцевание за счет отсутствия ответной реакции на инородные тела, предупреждает возникновение осложнений.



ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОМЕТРИИ НАРУЖНОГО УХА И ЕЕ РОЛЬ В СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ

Абдулхакимов А.Р., Мамасаидов Ж.Т., Фаттахов Н.Х.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Введение: Морфометрия наружного уха является важной областью исследования в аудиологии и отоларингологии. Анатомические параметры и размеры наружного уха могут оказывать влияние на слуховую функцию и способность восприятия звука. Однако, до сих пор не проведено достаточное количество исследований, чтобы полностью понять взаимосвязь между морфометрией наружного уха и слуховой функцией.

Цель: изучить морфометрию наружного уха и ее роли в слуховой функции.

Материалы и методы: В исследовании проведен анализ морфометрических параметров наружного уха у группы добровольцев школьников 7-16 лет. Согласие директора и горано было получено заранее до проведения исследования.

В исследование включили измерение различных параметров, таких как длина ушной раковины, ширина ушной раковины. Дополнительно, были собраны данные о слуховой функции участников с использованием аудиометрии. Полученные данные были подвергнуты статистическому анализу для выявления связи между морфометрией наружного уха и слуховой функцией.

Результаты: после проведения статистического анализа выявили положительные корреляционные данные параметров ушной раковины с остротой слуха у детей.

Вывод: метрические параметры наружного уха влияют на остроту слуха. **Результаты** исследования могут быть использованы для более точной диагностики слуховых нарушений. Зная связь между морфометрией наружного уха и слуховой функцией, медицинский персонал сможет более точно оценивать состояние слуховой системы пациента и определить наличие или степень нарушений. Во-вторых, исследование морфометрии наружного уха может привести к разработке более индивидуализированных подходов к реабилитации слуха. Знание особенностей морфологии наружного уха позволит подобрать наиболее подходящие слуховые аппараты или устройства, адаптированные к индивидуальным особенностям пациента, что может повысить эффективность реабилитации и качество жизни. В-третьих, исследование морфометрии наружного уха может иметь практическое применение при разработке различных аудиологических устройств и протезов. Понимание анатомических особенностей наружного уха может помочь в создании более эргономичных и комфортных устройств, способных оптимально передавать звук и улучшать слуховую функцию пациентов.



НАРУШЕНИЕ АДАПТАЦИИ КАК ФАКТОР РИСКА СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Абдумухтарова М.З., Арзикулов А.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Анализ различных направлений исследований показал, что адаптация к процессу регулярного обучения в школе школьников не изучена в должной мере. До настоящего времени не проведена систематизация школьно-обусловленных нарушений здоровья с учётом влияния на качество обучения. Не разработана эффективная система взаимодействия медицинских и педагогических работников по профилактике и раннему выявлению нарушений развития и состояния здоровья школьников. Интенсивные процессы созревания отдельных биологических систем организма в сочетании с возрастанием уровня социально-психологических требований, предъявляемых к учащимся, повышают возможность психотравматизации личности. Эти биологические и психологические особенности накладывают определенный отпечаток на распространенность и клинические проявления дезадаптационных нарушений (адаптации) в данной возрастной группе. Все это создает условия для возможного формирования и проявления аномально-личностных характеристик, генезис которых не исключает дальнейшую клинику пограничных состояний и повышает вероятность возникновения нервно-психических и соматических заболеваний.

Цель исследования: сравнительно-возрастное изучение клинических проявлений и основных факторов патогенеза нарушений адаптации у школьников.

Материал и методы исследования: Основными методами исследования были клиничко-психологический (Дембо - Рубинштейн, Щванцера, Розенцвейга) и эпидемиологический (10% выборка здоровых школьников по методу Бредфора), психопатологический (патохарактериологический опросник по А.Е.Личко), параклинический и катамнестический методы. Все диагностические методы были адаптированы и предварительно апробированы в социо - культуральных условиях нашего региона.

Результаты исследования и обсуждения: на основании результатов исследования выраженность нарушений показателей адаптации, позволила нам выделить 3 степени нарушений адаптации школьников. При I степени нарушены все три показателя (полная дезадаптация), при II степени нарушены два показателя (частичная дезадаптация) и при III степени нарушен один показатель (относительная дезадаптация). Как свидетельствуют данные, значительно чаще, чем в детском возрасте ($15,7 \pm 1,18\%$), среди подростков школьного возраста ($29,4 \pm 1,9\%$; $P < 0,001$) встречаются нарушения адаптации. По всей вероятности это связано с началом вегетативно-эндокринной пертурбацией организма и повышением эмоциональной возбудимости и реактивности переходного возраста. Важным показателем при оценки адаптации, особенно у школьников, является степень



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



напряжения адаптационных механизмов. Исследования проводились с применением методики фрустрационной толерантности S. Rosenzweig. Выбор данной методики обусловлен тем, что она позволяет определить в способность ребенка к психологической защите, а также характер адаптивных реакций на возможные стрессовые (фрустрирующие) ситуации. Анализ полученных нами результатов показывает на присутствие психоэмоциональных параллелей у всех детей с проявлениями дезадаптации. Степени реагирования и качество изменения психоэмоционального профиля зависят от возраста обследуемых. Так, у мальчиков и девочек в возрасте 7-11 лет изменения психоэмоционального фона достоверно отмечались снижением по импунитивной «М» направленности реакции ($20,4 \pm 5,11$; $P < 0,01$). В целом же наблюдается усиление снижения толерантности к фрустрации, что проявляется повышением показателя экстрапунитивных «Э» реакций ($48,65 \pm 6,34$) и реакций продолжения потребности «I-P» ($44,45 \pm 6,31$; $P < 0,05$). У подростков учащихся с реакцией дезадаптации соотношение между типами реакций и их направленностью резко нарушены. Констатируется достоверный рост экстрапунитивных «Э» реакций самозащитного типа ($58,25 \pm 3,5$; $P < 0,05$) по сравнению с детьми 7-11 лет и по сравнению показателями детей 12-17 лет здоровой популяции. Также отмечается выраженная тенденция увеличения показателя реакции продолжения потребности «I-P» ($21,75 \pm 2,98$; $P < 0,001$). Реакция по типу «О-Д» ($21,95 \pm 2,99$; $P < 0,01$) - доминирования препятствие снижена по сравнению со здоровой популяцией. Результаты исследования свидетельствуют, что на стрессовую ситуацию школьники с дезадаптацией склонны реагировать агрессией на окружающих, излишней самозащитой и их эмоциональные реакции отличаются неадекватностью. Возникновению реакций дезадаптации способствуют или препятствуют особенности темперамента ребенка. Поэтому нами изучены базисные личностные измерения экстра – и интраверсии и нейротизма у подростков с проявлениями дезадаптации. Подростки 12-17 лет с различными степенями дезадаптации отличаются высокой экстравертированностью (90,3% соответственно у девочек и мальчиков 88,4% и 92,2%), эмоциональной возбудимостью (79,05% , соответственно у девочек и мальчиков 86,1% и 72,0%). Показатели интравертированности достоверно ниже популяционных показателей ($P < 0,001$). Высокий нейротизм (психоэмоциональная возбудимость) является эндогенной “почвой” невротических и соматических расстройств. Обследованные нами дети и подростки в клиническом плане отличались эмоциональной лабильностью, гиперактивностью и медленным возвратом к исходному состоянию после эмоциональных переживаний и часто жаловались на различные недомогания соматовегетативного генеза. Невротические расстройства были обнаружены в 20,1% случаев от всех обследованных и представлены в основном астеническими, истерическими и обсессивно-фобическими нарушениями. Астенические расстройства психогенного генеза характеризовались симптомами “раздражительной слабости” в сочетании с аффективными колебаниями, вегетососудистыми нарушениями: нервность, тревожность, раздражительность и т.д. Истерио-невротические нарушения представлены острыми



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



аффективными демонстративными нарушениями поведения, разнообразными жалобами, преимущественно астенического и ипохондрического характера; импульсивность, агрессивность, чувство физического недостатка, неприятные болезненные ощущения и т.д. Нами изучались данные акушерско-гинекологического анамнеза матерей детей с дезадаптацией, течение родов данного ребенка. У матерей детей с нарушенной адаптацией, по сравнению с матерями детей контрольной группы, обнаруживается существенное отклонение в течении беременности и родов: токсикозы I и II половины беременности, патология родовой деятельности, роды с длительным безводным периодом, патологии плаценты и пуповины, тазовое предлежание плода, искусственные пособия во время родов, что в свою очередь является антенатальными факторами, приводящими к развитию хронической внутриутробной гипоксии плода и асфиксии новорожденных. У 7 детей обнаружено сочетание перинатальной патологии и перенесенной в грудном возрасте нейроинфекции. Таким образом, в группе детей с дезадаптацией высока доля встречаемости пре – и перинатальной ($P < 0,05 - 0,001$) патологии, чем в контрольной группе, в основе которых лежали микроциркуляторные нарушения гипоксического и гипоксически-травматического характера. Как известно, акцентуации характера в настоящее время не рассматриваются как патология, однако в подростковом возрасте, в связи со склонностью подростков к бурным эмоциональным проявлениям и недостаточным сознанием социальной ответственности, могут приводить к значительным нарушениям поведения и адаптации в коллективе.

Выводы: Таким образом, клинико-популяционные исследования, проведенные среди здоровых школьников, выявили большую частоту детей и подростков с нарушениями адаптации (21%), среди которых преобладают III степень – относительная дезадаптация. Наиболее значимыми факторами риска, наряду с психо-социальными (состояния микросоциальной среды семьи и школы) являются генетические и церебрально-органические. Особенностью выявленной у детей и подростков дезадаптации являлась ее массивная соматизация, которая характеризовалась полиморфными вегето-висцеральными нарушениями в различных органах и системах (пищеварительной, кожной, респираторной, двигательной, сердечно-сосудистой, выделительной, эндокринной) и альгическими проявлениями.

ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В МАРХАМАТСКОМ РАЙОНЕ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдуразакова Д.С., Юсупова Ш.К., Сайфуддинов Д.С., Зокирова Д.Д.
Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация: Анализ результатов проведенного анкетирования обследованных женщин показал: 65 % женщин не осведомлены о значении влияния массы



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



тела (ИМТ) , индексом талия / бедро (ИТБ) и нарушений углеводного и липидного обмена на развитие и прогрессирования сахарного диабета и осложнений При проведении корреляционного анализа, выявлена достоверная положительная связь между возрастом, ИМТ, ИТБ , коэффициентом атерогенности (КА), уровнем глюкозы в сыворотке крови. Оценка маркеров углеводного и липидного обмена должны входить в перечень обязательных обследований пациентов в возрасте выше 40 лет, быть строго индивидуальными, исходя из клинико-анамнестических данных. Имеется взаимосвязь прогрессирования нарушений углеводного обмена и изменения показателей липидного обмена у обследованных женщин. Население должно быть широко проинформировано о влиянии нарушений углеводного и липидного обмена на развитие сахарного диабета 2 типа и прогрессирование осложнений.

Актуальность : Сахарный диабет - актуальная проблема всего мира. Термин “ Сахарный диабет ” по определению Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) означает нарушение обмена веществ множественной этиологии для которого характерна хроническая гипергликемия с нарушениями метаболизма углеводов , жиров и белков в результате нарушений секреции инсулина и / действия инсулин. Диабет - единственное неинфекционное заболевание (имеется ввиду особо опасные инфекции – чума, оспа и др) взятое под контроль Организацией Объединенных Наций (ООН)

Сахарный диабет (СД) - 2 типа самое распространенное эндокринное заболевание, представляет серьезную медико-социальную проблему в связи с повсеместным прогрессирующим ростом заболеваемости, хроническим течением и высокой частотой инвалидизирующих осложнений [1; 4]. По прогнозам, © 2011–2019 Science for Education Today (до 2018: Вестник Новосибирского государственного педагогического университета) Science for Education Today 2019, том 9, № 1 <http://sciforedu.ru> ISSN 2658-6762 210 к 2040 г. их общее число достигнет 642 млн 1 [4]. Каждые 6 сек. в мире умирает один человек от сахарного диабета и его осложнений2.

Огромное влияние оказывает на углеводный обмен изменение липидного обмена и массы тела. В настоящее время среди ведущих причин, вызывающих нарушения углеводного обмена, выделяют нездоровый образ жизни, в частности неправильное питание, низкую двигательную активность, эмоциональные стрессы и т. д.3 [27; 33; 36; 38]. Это побудило разработать правила поведенческой терапии для людей, имеющих нарушения углеводного обмена, которые включают 7 основных принципов: 1) здоровое питание; 2) физическая активность; 3) мониторинг глюкозы в крови; 4) прием медикаментов; 5) предупреждение стрессов; 6) уменьшение рисков; 7) правильное поведение при болезни [17; 21; 23; 28; 37; 39; 42]. Наиболее распространенным нарушением углеводного обмена является гипергликемия, которая характеризуется стойким повышением уровня глюкозы в крови (выше 6,1 ммоль/л натощак по крови венозной) и является одним из симптомов сахарного диабета.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель: оценить осведомленность пациентов о значении нарушения углеводного и липидного спектра как фактора риска развития сахарного диабета 2 типа и прогрессирования осложнений

Материалы и методы: В исследование включены 280 женщины, проживающих в Мархаматском районе Андижанской области, в возрасте от 40 до 65 лет, средний возраст составил $47,0 \pm 2,26$ [Me 45,5; 95%ДИ 41,6-46,5] лет.

В контрольную группу вошли 40 женщины аналогичного возраста без нарушений углеводного, липидного обмена. Средний возраст $47,4 \pm 3,69$ [Me 45,5; 95%ДИ 45,1- 47,6] лет.

У обследуемых женщин было проведено собеседование и анкетирование на основе специального опросника составленный сотрудниками - эндокринологами нашей кафедры. Определяли ИМТ (по классификации избыточной массы у взрослых в зависимости от ИМТ по ВОЗ . 1997г) 16- 18.5 кг/м² - недостаточная масса тела, 18,5-24,9 м/кг², - норма, 25- 29.9 кг/м² - избыточная масса тела, 30- 34.9 кг/м² - ожирение 1 степени, 35- 40 кг/м² - ожирение 2 степени, 40 кг/м² и более - ожирение 3 степени. Антропометрическое исследование включало также измерение окружности талии ОТ, окружности бедер и определение индекса распределения жировой ткани - индекс «талия/бедро» ИТБ, используемый в качестве индикаторов риска патологии, связанной с ожирением, в том числе риска повышенной смертности [39, 40]. ОТ измеряли на уровне пупка, окружность бедер - на уровне подвздошного гребня. Абдоминальное ожирение по ВОЗ с расчетом соотношения окружности талии (ОТ) к бедер (ОБ) измеряется в сантиметрах

Критерием абдоминального ожирения считалось ОТ выше 94 см у мужчин и свыше 80 см у женщин, ИТБ более 0,9 у мужчин и более 0,8 у женщин.

Уровни глюкозы на тощак, инсулина, гликированный гемоглобин, уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ХСЛПОНП) в венозной крови на тощак. Был рассчитан Коэффициент атерогенности (КА), по формуле $КА = (\text{общий холестерин} - ЛПВП) / ЛПВП$ норма коэффициента -3.0

Результаты и обсуждение: Работа проведена с 2022 - 2023 годы в Андижанском государственном медицинском институте сотрудниками кафедры госпитальной терапии и эндокринологии (в Мархаматском районе Андижанской области) Анализ результатов обследования женщин показал: 65 % женщин осведомлены о значении влияния массы тела, абдоминального индекса (ИТБ), нарушений углеводного и липидного обмена на развитие сахарного диабета 2 типа и прогрессирования осложнений Избыточная масса тела выявлена у 90 (32% женщин), ожирением страдали 40 (14.2 %) женщин), дефицит массы тела отмечался у 20 (8 % женщин) Среднее значение ОТ у женщин составило $89,7 \pm 0,8$ см ($p <$



0,001). При анализе ИТБ было установлено, что у женщин независимо от возраста данный показатель превышал норму: $0,865 \pm 0,004$ ($p > 0,05$).

Среди 90 женщин с избыточной массой тела, у 75 уровни глюкозы в крови на тощак были 5.2 - 5.9 ммоль/л, у 9 женщин 6 – 6.9 ммоль/л, гликированный гемоглобин 6.5 – 6.7%, у 63 % обследованных женщин на липидограмме показатели ЛПВП были ниже нормативных значений. Из 40 пациентов с ожирением (ИМТ > 30 кг/м²) страдали 16 (40%) женщины. Пациенты с высокими показателями ИМТ в сравнении с контрольной группой, имели статистически значимо высокие уровни ХС ЛПНП и значимо более высокие уровни инсулина (норма 2.6 – 24.9 мкЕД/л у взрослых) и гликированного гемоглобина в крови, также сравнительно высокие показатели общего холестерина ($4,97 \pm 0,43$ ммоль/л, $3,38 \pm 0,32$ ммоль/л; $P=0,05$) и ТГ ($2,03 \pm 0,30$ ммоль/л, $0,94 \pm 0,10$ ммоль/л; $P=0,05$), а также более высокий КА ($3,33 \pm 0,27$ против $1,91 \pm 0,35$; $P=0,01$). Тогда как уровни ХСЛПВП ($1,13 \pm 0,03$ ммоль/л) были значимо ниже, чем в группе без нарушения углеводного обмена. Содержание ХС ЛПОНП у женщин с повышенными показателями ИМТ, абдоминального индекса были соответственно повышенным ($2,20 \pm 0,21$ ммоль/л; $P=0,14$).

Выводы.

1. Женщины (65 %) не осведомлены о значении влияния массы тела, абдоминального индекса, нарушений углеводного и липидного обмена на развитие сахарного диабета 2 типа и прогрессирования осложнений.
2. Женщины с повышенными значениями ИМТ и ИТБ имели нарушение гликемии на тощак (83%), гликированного гемоглобина, также значения ОХС, ТГ, ХСЛПНП, ХСЛПОНП и ИА достоверно выше, а ХСЛПВП значимо ниже, чем у женщин с нормальной массой тела.
3. Нарастание уровня ИА в крови ассоциируется с более старшим возрастом, повышением ИМТ, ИТБ, наличием нарушений углеводного обмена и оценка показателей липидного обмена, должна входить в перечень обязательных обследований.
4. Пациенты должны быть проинформированы, обучены контролю нарушений углеводного, липидного обмена и мерам профилактики

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПОТИРЕОЗА И ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдуразакова Д.С., Умурзакова Р.З., Закиржанова Х.М
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гипотиреоз - клинический синдром, обусловленный снижением уровня тиреоидных гормонов в организме или ослаблением их биологического эффекта на тканевом уровне.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



По данным эпидемиологических исследований, в отдельных группах населения распространенность гипотиреоза достигает 10-12%. Среди взрослого населения гипотиреоз встречается у 1,5–2% женщин и у 0,2% мужчин; с возрастом его распространенность увеличивается: среди лиц старше 60 лет - у 6% женщин и у 2,5% мужчин. Общая распространенность манифестного гипотиреоза в популяции составляет 0,2-2%, субклинического 7-10 % среди женщин и 2–3 % среди мужчин. У женщин старшей возрастной группы частота встречаемости как субклинического, так и манифестного гипотиреоза может достигать 21%. Послеродовый гипотиреоз, как транзиторная форма после беременности, обнаруживается у 5–10% [Фадеев В.В., 2002]. Распространенность гипотиреоза зависит от возраста, пола, уровня потребления йода. По результатам крупного популяционного исследования NHANES-III (National Health and Nutrition Examination Survey), распространенность гипотиреоза среди жителей США старше 12 лет составила 4,6% (0,3% – манифестный, 4,3% – субклинический). Тогда как в группе лиц старше 70 лет частота гипотиреоза достигала 14%.

Гипотиреоз традиционно относят к состояниям, ассоциированным с набором массы тела. Врачам необходимо быть особенно внимательным к возможной дисфункции щитовидной железы у пациентов с ожирением. Существует двусторонняя связь между гормонами щитовидной железы и ожирением: как гипотиреоз может влиять на массу тела, так и жировая ткань может изменять уровень гормонов щитовидной железы. Уровень ТТГ и св.Т3 при ожирении часто оказывается повышенным, что опосредовано действием лептина. При лечении гипотиреоза препаратами L-тироксина небольшое снижение массы тела обусловлено потерей воды, а не жира. Аналоги тиреоидных гормонов, возможно, смогут стать средством для снижения массы тела путем увеличения расхода энергии у пациентов с ожирением при соблюдении диеты, физической активности, режима работы и отдыха,

Цель: оценить взаимосвязь изменения массы тела и характер липидного обмена у женщин с гипотиреозом.

Материалы и методы: В исследование включены 144 женщины, проживающие в Андижанской области, в возрасте от 30 до 60 лет, средний возраст составил $36,0 \pm 2,26$ [Me 34,5; 95%ДИ 31,6-40,5] лет. В контрольную группу вошли 22 женщины аналогичного возраста без эндокринной патологии. Средний возраст $32,4 \pm 3,69$ [Me 32,0; 95%ДИ 25,1-39,6] лет. Было проведено анкетирование обследуемых женщин (на основе опросника составленравнаый участниками исследования) Определялись индекс массы тела (ИМТ), индекс талия/ бедро - ИТБ (у женщин 0.85), тиреотропный гормон - ТТГ, уровни тиреоидных гормонов (трийодтиронин - Т3, тетраiodтиронин --Т4), оценивались также уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) с расчетом индекса атерогенности (ИА).

Результаты: Анализ результатов обследования состояния щитовидной железы (ЩЖ) показал: избыточная масса тела выявлена у 44 (31%) женщин, ожирением страдали 20



(14%), дефицит массы тела отмечался у 16 (11%) женщин. Среди 44 женщин с избыточной массой тела гиподисфункция ЩЖ выявлено у 20 (45,5%) женщин. Из 20 пациентов с ожирением (ИМТ > 30 кг/м² норма 18,5-24,9 м/кг²) страдали 8 (40%) женщины. Пациенты с гипотиреозом, в сравнении с контрольной группой, имели статистически значимо высокие уровни ТТГ (норма 0,17– 4,05 мМЕ/л), и ИМТ, ИТБ низкие уровни тиреоидных гормонов. Пациенты с гипотиреозом, в сравнении с контрольной группой, имели значимо более высокие уровни общего холестерина ($4,97 \pm 0,43$ ммоль/л vs $3,38 \pm 0,32$ ммоль/л; $P=0,05$) и ТГ ($2,03 \pm 0,30$ ммоль/л vs $0,94 \pm 0,10$ ммоль/л; $P=0,05$), а также более высокий ИА ($3,33 \pm 0,27$ против $1,91 \pm 0,35$; $P=0,01$). Тогда как уровни ХСЛПВП ($1,13 \pm 0,03$ ммоль/л) были значимо ниже, чем в группе без патологии (ЩЖ) ($1,91 \pm 0,35$ ммоль/л; $P=0,05$). Содержание ХСЛПНП у женщин с гипотиреозом было повышенным ($2,70 \pm 0,17$ ммоль/л vs $2,20 \pm 0,21$ ммоль/л; $P=0,14$).

Вывод: У женщин с гипотиреозом, ИМТ, ИТБ и средние уровни ОХС, ТГ и ИА достоверно выше, а ХСЛПВП значимо ниже, чем у женщин без нарушений функции ЩЖ.

Исследование и контроль функции ЩЖ входит в перечень обязательных обследований пациентов с ожирением и должны быть строго индивидуальными, исходя из анамнестических данных больного

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У ЖЕНЩИН С ГИПОТИРЕОЗОМ

Абдуразакова Д.С

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Распространенность гипотиреоза как одного из самых часто встречающихся эндокринных заболеваний составляет 0,1–10% [Захарова С.М., Савельева Л.В., Фадеева М.И. 2013], у женщин составляет 4- 21%. Показано, что количество пациенток с гипотиреозом увеличивается после 40 лет. При гипотиреозе наблюдается снижение метаболических показателей, в том числе и в печени.

НЖБП - заболевание печени неалкогольной этиологии с признаками жировой дистрофии и лобулярным гепатитом [Мехметиев С.Н. 2008] Общая распространенность НЖБП в популяции колеблется от 10% до 40%, тогда как частота неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) составляет 2-4%. НЖБП встречается во всех возрастных группах, но наибольшему риску её развития подвержены женщины в возрасте 40- 60 лет. Заболевания печени сопровождаются расстройствами метаболизма тиреоидных гормонов [12]. При патологии печени происходит нарушение функции гормонов и взаимосвязи между собой [13]. В связи с высокой распространенностью гипотиреоза и НЖБП в популяции, изучение сочетания и связи этих заболеваний является актуальным в целях ранней и своевременной диагностики, лечения и профилактики.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель : Оценить встречаемость НЖБП у женщин с приобретенным гипотиреозом (ПГ) проживающих в Андижанской области.

Материалы и методы: В исследование включены 54 женщины, проживающие в Андижанской области, в возрасте от 40 до 60 лет, средний возраст составил $46,0 \pm 2,26$ [Ме 44,5; 95%ДИ 41,6-44,5] лет. В контрольную группу вошли 20 женщины аналогичного возраста без заболеваний щитовидной железы. Средний возраст $42,4 \pm 3,69$ [Ме 32,0; 95%ДИ 25,1-39,6] лет. Определялись индекс массы тела (ИМТ) , уровни тиреоидных гормонов трийодтиронин , тетраiodтиронин (Т3, Т4) и тиротропного гормона (ТТГ), также показатели общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) с расчетом индекса атерогенности (ИА). ИА рассчитывали по формуле (Холестерин общий - (ХС) липопротеиды высокой плотности / (ХС) липопротеиды высокой плотности) норма < 3.0. НЖБП диагностировали с помощью ультразвукового исследования системой SONO -SCAPE. SSI -5000 с линейным датчиком

Результаты: Анализ результатов обследования показал, что избыточная масса тела выявлена у 16 (31%) женщин, ожирением страдали 7 (14%), дефицит массы тела отмечался у 6 (11%) женщин. Пациенты с приобретенным гипотиреозом, в сравнении с контрольной группой, имели статистически более высокие уровни общего холестерина (ОХ) ($4,97 \pm 0,43$ ммоль/л, $3,38 \pm 0,32$ ммоль/л; $P=0,05$) и триглицериды ТГ ($2,03 \pm 0,30$ ммоль/л vs $0,94 \pm 0,10$ ммоль/л; $P=0,05$), а также более высокий ИА ($3,33 \pm 0,27$ против $1,91 \pm 0,35$; $P=0,01$). уровни ХСЛПВП ($1,13 \pm 0,03$ ммоль/л) были ниже, чем в группе без патологии (ЩЖ) ($1,91 \pm 0,35$ ммоль/л; $P=0,05$). Показатели ХСЛПНП у женщин с ПГ были повышенными ($2,70 \pm 0,17$ ммоль/л vs $2,20 \pm 0,21$ ммоль/л; $P=0,14$).

У 70 % женщин с ПГ выявлены сонографические признаки НЖБП.

НЖБП встречалась у 15 женщин в возрасте от 40 - 50 лет, у 23 женщин в возрасте от 50 - 60 лет с ПГ Эти результаты указывают на увеличение количества НЖБП с возрастом. Анализ уровня липидов крови и индекса атерогенности показали их зависимость от уровня ТТГ и с возрастом.

Выводы . У женщин с приобретенным гипотиреозом ИМТ выше нормативных значений выявлена у 23 женщин в (45 .%) случаев.

У 70 % женщин проживающих в Андижанской области с ПГ выявлены сонографические признаки НЖБП, что указывает на высокую частоту сочетаемости

У женщин с ПГ гиперлипидемия определялась по повышению уровня ОХ у 75 .%, ТГ у 56.%, , ЛПНП 79% женщин , и индекса атерогенности у .44 .% случаев были выше нормы. ЛПВП у 90 % женщин были ниже нормативных показателей



МЕХАНИЗМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ COVID-19

Абдурахимов А.Х., Шагазатова Б.Х.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Инфекция, вызванная коронавирусом 2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, SARS-CoV-2), является системным заболеванием с преимущественным поражением легких, сердца, почек, нервной системы. По текущим данным наблюдений острое повреждение почек (ОПП) является 2-й по частоте причиной смертности пациентов с SARS-CoV-2 после острого респираторного дистресс-синдрома. Патогенез поражения почек при COVID-19. Многочисленные патогенетические механизмы поражения почек у пациентов с COVID-19 можно разделить на несколько групп:

Прямое цитотоксическое действие SARS-CoV-2 на клетки почек может быть причиной фокального сегментарного гломерулосклероза, острого канальцевого некроза. Было высказано предположение о возникновении повреждения клубочков и развитии коллаптоидной гломерулопатии – коллапсирующего фокального сегментарного гломерулосклероза у пациентов с дисфункциональным белком APO1 (apolipoprotein 1 – минорный аполипопротеин плазмы крови). При световой микроскопии препаратов почек пациентов, умерших от COVID-19, было обнаружено повышенное накопление антигенов SARS-CoV-2 в эпителиальных клетках канальцев почек. При электронной микроскопии вирусные частицы SARS-CoV-2 локализовались в эпителии проксимальных канальцев и подоцитах. Отмечена утрата малых ножек подоцитов, вакуолизация цитоплазмы клеток и отрыв подоцитов от базальной мембраны клубочков.

Дисфункция эндотелия сопровождается нарушением равновесия гемостаза со сдвигом его в прокоагулянтную сторону, уменьшением высвобождения сосудорасширяющих и увеличением выделения сосудосуживающих факторов и склонностью к спастическим реакциям в микроциркуляторном русле, повышенной миграцией лейкоцитов через эндотелий с развитием локального воспалительного процесса.

При COVID-19 повреждение эндотелия и его дисфункция чаще всего возникают в результате непосредственного проникновения вируса SARS-CoV-2 в эндотелиальные клетки. COVID-19-ассоциированной коагулопатии, может быть проиллюстрирован на примере вековой концепции триады Вирхова (эндотелиальная дисфункция, гиперкоагуляция, измененный кровоток). Таким образом, эндотелиальная дисфункция представлена SARS-CoV-2-индуцированным эндотелиитом, иммуноопосредованной активацией эндотелиальных клеток, гипоксимией, повышением проницаемости сосудистой стенки. Второй компонент триады - гиперкоагуляция - формированием НВЛ, активацией тромбоцитов, тканевого фактора, увеличением образования тромбина и фибринов, и резким снижением фибринолиза. Измененный кровоток, в свою очередь, представлен формированием легочного микротромбоза и микрососудистой окклюзии.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цитокиновый шторм – это вариант развития тяжёлого системного воспалительного ответа, при котором возникает массовое привлечение иммунных клеток к поврежденному вирусом органу с участием врожденной (макрофаги, система комплемента, С-реактивный белок и др.) и адаптивной (Т- и В-лимфоциты) систем иммунитета, и высвобождением большого количества провоспалительных цитокинов – интерлейкина (IL) -6, IL-8, фактора некроза опухоли- α , хемотаксического белка моноцитов-1, макрофагального воспалительного белка-1A. Острая фаза болезни характеризуется лейкоцитозом, лимфопенией, повышением лактатдегидрогеназы, ферритина, D-димера. В некоторых случаях возникает отсроченный и стойкий цитокиновый ответ, приводящий к иммунному повреждению не только легких, но и почек.

Правожелудочковая недостаточность приводит к застою крови в почках, а левожелудочковая недостаточность – к снижению сердечного выброса и развитию почечной гипоперфузии.

Поражение РААС. С возрастом и особенно при наличии АГ и СД активность основных компонентов РААС, в том числе ангиотензина II, существенно возрастает и происходит дисбаланс между провоспалительным ангиотензином 2 и противовоспалительным ангиотензином 1–7. У пациентов более молодого возраста активность ангиотензина II и ангиотензина 1–7, а также, по всей видимости, АПФ и АПФ2, сохраняется на нормальном уровне, баланс вазоконстрикторных и воспалительных факторов, стимулируемых ангиотензином II, с одной стороны, и образование оксида азота и блокада интерлейкина-6, поддерживаемые ангиотензином 1–7, с другой, сохранен. Это является одним из факторов более легкого течения болезни. Тем не менее ворота для проникновения вируса открыты, а значит заболеваемость и контагиозность молодых пациентов высокая. Пожилые пациенты (старше 60 лет и с сопутствующими АГ и СД 2 типа) имеют гораздо более тяжелое течение заболевания из-за системного воспаления, поддерживаемого преобладающей активностью АПФ и синтезом большего количества ангиотензина II (АПФ2), который считается основным рецептором для проникновения в клетку вируса SARS-CoV-2. В почках этот рецептор расположен в подоцитах, мезангиальных клетках, париетальном эпителии капсулы Боумана, клетках проксимальных канальцев и собирательных трубочек.

Заключение. У пациентов с инфекцией SARS-CoV-2 распространенность повреждения почек высока и обычно приводит к плохому прогнозу, что повышает значимость нефропротекции. В соответствии с полученными новыми данными ХБП или перенесенное ОПП, впервые диагностированное во время госпитализации, должны быть признаны факторами риска тяжелой формы COVID-19.



КИМ-1 КАК РАННИЙ МАРКЕР ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ COVID-19

Абдурахимов А.Х., Шагазатова Б.Х.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Острое почечное повреждение (ОПП) – синдром стадийного нарастающего острого поражения почек от минимальных изменений почечной функции до ее полной потери. Это определение было предложено рабочей группой по повышению качества острого диализа (Acute Dialysis Quality Initiative – ADQI). В течение последних двух веков острое почечное повреждение имело различные определения. По данным Г. Екпоуан, первое описание острого почечного повреждения было сделано W. Heberden в 1802 г., которое было названо им тогда «почечная ишурия». В начале XX в. острое поражение почек, называемое тогда «болезнью Брайта», было описано William Osler в его «Руководстве по медицине» (1909 г.) как последствие воздействия токсических веществ, беременности, ожогов, травмы или операций на почках. Во время Первой и Второй мировых войн у большого числа раненых развивалось поражение почек – «военный нефрит», как это тогда называлось, в результате шока, сепсиса и рабдомиолиза. Стадийность поражения почек отражает предложенная ADQI классификация RIFLE, которая определяет три возрастающие стадии острого почечного повреждения: риск (Risk), повреждение (Injury), недостаточность (Failure) на основе сравнительного повышения сывороточного уровня креатинина и/или снижения диуреза. Кроме того, выделяют еще две стадии: потерю функции (Lost) и терминальную стадию почечной недостаточности (End stage renal disease). Классификация RIFLE устанавливает временную градацию – 3 месяца, по истечении этого времени больной с острым поражением считается хроническим.

Лечение ОПП на ранних стадиях более эффективно, однако отсутствие ранних маркеров ОПП приводит к отсрочке начала терапии. Создание новых современных критериев диагностики ОПП с использованием биомаркеров позволит выявить ОПП в первые часы от начала заболевания, начать своевременную терапию, что снизит летальность.

KIM-1 (Kidney injury molecule-1) – трансмембранный протеин с доменами иммуноглобулина и муцина, локализован преимущественно в апикальной мембране эпителиальных клеток проксимальных почечных канальцев. Как было показано на экспериментальных моделях, мРНК и белок KIM-1 экспрессируются в больших количествах при регенерации эпителиальных клеток проксимальных канальцев после ишемического воздействия на почки и не всегда сопровождаются повышением содержания азота мочевины и креатинина в крови. В неповрежденной почечной ткани содержится в небольшом количестве. После повреждения почечной ткани KIM-1 начинает активно накапливаться в клетках эпителия канальцев, отражает повреждение тубулоинтерстициальной ткани и коррелирует со степенью повреждения почек. После



повреждения канальцев почек KIM-1 начинает выводиться с мочой. Норма в моче $0,9 \pm 0,0$ 45-80 нг/мл.

KIM-1 в моче увеличивается спустя 6–12 часов после начала ОПП. Однако на данный момент KIM-1 исследуется и как маркер повреждения почек при их различных хронических заболеваниях. В ходе эксперимента на моделях мышей было доказано, что устойчивая экспрессия молекулы KIM-1 клетками почечных канальцев в результате их острого повреждения способствует развитию почечного фиброза и прогрессированию ХБП в дальнейшем.

Заключение. Таким образом, учитывая все имеющиеся на сегодняшний день литературные данные, можно с уверенностью сказать, что KIM-1 может послужить еще одним кандидатом на роль высокочувствительного и специфичного маркера раннего поражения почек, а также для выявления ХБП на начальных стадиях.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Абдурахимов А.Х., Шагазатова Б.Х.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Патофизиологические механизмы, приводящие к острому повреждению почек (ОПП), при инфекции COVID-19 не выяснены, но могут быть обусловлены воздействием на почечные канальцы и эндотелиальные клетки, которое происходит при цитокиновом шторме и, как следствие, повреждением микроциркуляторного русла в результате нарушений в системе свертываемости крови. Основным проявлением повреждения почек при COVID-19 считается ОПП. Высокая экспрессия АПФ2 в почках наблюдается в проксимальных канальцах и в меньшей степени в подоцитах. При этом в эндотелии клубочков и мезангии экспрессия АПФ2 минимальна. Этим объясняется преимущественное поражение канальцевого аппарата почек и развития ОПП по типу острого канальцевого некроза.

В патогенезе нефропатии принимают участие многие факторы, в том числе метаболические (гипергликемия, неферментативное гликозилирование, полиоловый путь окисления глюкозы, оксидативный стресс и др.), гемодинамические (артериальная гипертензия, клубочковая гиперфльтрация, повышение уровня вазоактивных гормонов), генетические (полиморфизм генов АПФ; I/D), экзогенные (потребление белка, курение). Диагностика ОПП производится в основном на основании критериев RIFLE, о которых было сказано ранее. Однако такой подход имеет ряд существенных недостатков. Критерии RIFLE основаны главным образом либо на изменении содержания креатинина в сыворотке либо на СКФ. Однако ни один из этих классических маркеров ОПП не является специфичным и чувствительным и появляется достаточно поздно.



Согласно результатам последних исследований лечение ОПП на ранних стадиях более эффективно, однако отсутствие ранних маркеров ОПП приводит к отсрочке начала терапии. В связи с этим в настоящее время проводится много исследований, посвященных поиску ранних биомаркеров ОПП, подобных тропонину при остром инфаркте миокарда.

Ранние маркеры повреждения почек. В течение последних нескольких лет было открыто и в настоящее время активно изучается множество различных ранних специфических биомаркеров повреждения почек. Наибольший интерес среди них представляют цистатин С, NGAL (neutrophil gelatinase-associated lipocalin) — липокалин, ассоциированный с желатиназой нейтрофилов, или Липокалин-2, KIM-1 (kidney injury molecule 1) — молекула почечного повреждения, L-FABP (renal liver-type fatty acid binding protein) или печеночная форма белка, связывающего жирные кислоты, которые показали высокую чувствительность при ранних стадиях острого, в том числе и ишемического, поражения почек. На сегодняшний день получены результаты многочисленных исследований, свидетельствующих об их повышении и при хроническом повреждении почек, в том числе пропорционально тяжести поражения. Они преимущественно отражают наличие тубулоинтерстициального поражения, что делает их перспективными кандидатами на роль маркеров раннего повреждения почек при АГ, для которой характерно как поражение клубочка, так и развитие тубулоинтерстициального фиброза. При этом очень важно, что данные биомаркеры потенциально можно выявить в моче до снижения объема почечной фильтрации, появления альбуминурии и азотемии.

Закключение. В настоящее время активно идет поиск биомаркеров острого почечного повреждения, которые подобно тропонину при ОИМ позволяют проводить раннюю диагностику ОПП. Создание новых современных критериев диагностики ОПП с использованием биомаркеров позволит выявить ОПП в первые часы от начала заболевания, начать своевременную терапию, что снизит летальность.

СОСУДИСТО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РОСТА – МАРКЕР ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК

Абдурахимов А.Х., Шагазатова Б.Х.
Ташкентская медицинская академия

Введение. Острое почечное повреждение (ОПП) – синдром острого нарушения почечных функций – может возникнуть в связи с острым отравлением, циркуляторным шоком и эндогенной интоксикацией у пациентов с травмой, кровотечением, острым панкреатитом, высокоинвазивной инфекцией. В общем плане ОПП выражается в неспособности всех или большинства нефронов поддерживать гомеостаз в организме больного.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Сосудисто-эндотелиальный фактор роста (VEGF), играя важную роль в поддержании стабильности эндотелия и физиологическом неоангиогенезе, одновременно принимает активное участие в процессах неоваскуляризации в патологических ситуациях, в частности в росте атеросклеротической бляшки и неопластических процессах при онкогенезе.

В настоящее время описаны многочисленные представители семейства VEGF: A, B, C, D и E. Присутствие множества форм VEGF наводит на мысль о высокой дифференциации регуляции процессов васкулогенеза и ангиогенеза. VEGF A был открыт первым, он наиболее изучен и является широко распространенным объектом исследований.

Транскрипция в ответ на гипоксию, в частности, является особенностью VEGF A в отличие от других членов VEGF-семейства и других ангиогенных факторов. VEGF способен влиять на состояние липидного обмена — снижать токсичность липопротеидов низкой плотности по отношению к эндотелию.

Экспрессия VEGF стимулируется множеством проангиогенных факторов, включая эпидермальный ростовой фактор, основной фибробластный ростовой фактор, тромбоцитарный ростовой фактор и интерлейкин-1. Кроме того, уровни VEGF непосредственно регулируются такими факторами окружающей среды, как pH, давление и концентрация кислорода. На уровни VEGF влияют содержание глюкозы натощак, липопротеидов и другие метаболические факторы.

Васкулоэндотелиальный фактор роста участвует в поддержании перитубулярного кровотока и осуществляет вазодилатирующий эффект за счет активации эндотелиальной NOсинтеза. Появление VEGF в моче свидетельствует о повреждении почек. Норма в моче 45-80 пг/мл.

В ряде работ приводятся данные, которые могут указывать на связь уровней VEGF с показателями липидного обмена и факторами воспаления. Так, J. Trape и соавт. (2006) в своей работе выявили достоверно более высокие уровни VEGF у больных, у которых уровень холестерина изначально был более 6,1 ммоль/л по сравнению с больными с содержанием холестерина менее 5,1 ммоль/л. Ими также была выявлена положительная корреляция между уровнем VEGF и уровнем C-реактивного белка в крови. В другом исследовании описано достоверное повышение уровней VEGF у больных АГ при развитии нефропатии. Выявлена прямая корреляция между величиной микроальбуминурии и уровнем экскреции с мочой молекулярных медиаторов PAI-1, TGF- β 1, а также уровнем VEGF и коллагена IV типа. Указанные показатели отражают как наличие эндотелиальной дисфункции, так и активацию механизмов фиброгенеза, которые являются звеньями процессов ремоделирования микрососудистого русла почки при гипертонической нефропатии.

Выявлено повышение уровня VEGF в крови у больных с абдоминальным ожирением. С учетом хорошо доказанной взаимосвязи абдоминального ожирения с АГ эти данные подтверждают описанное выше увеличение уровня VEGF в крови при ГБ.



Дополнительным подтверждением участия VEGF в патогенезе АГ могут служить и приведенные в литературе данные о влиянии отдельных антигипертензивных препаратов на показатели VEGF в крови. Так, обнаружено достоверное снижение уровня VEGF в сыворотке крови у больных ГБ после 12-недельной монотерапии блокатором рецепторов ангиотензина II телмисартаном.

Исследования, проведенные И.Н. Бобковой, Л.В. Козловской с соавт. показали высокий уровень экскреции маркеров эндотелиальной дисфункции у пациентов с хроническим гломерулонефритом и тубулоинтерстициальным фиброзом (ТИФ) по сравнению с группой пациентов без ТИФ, но при прогрессирующем течении нефрита уровень в моче VEGF снижался, что свидетельствовало о нарушении способности эндотелия к регенерации. Имеются также сведения, согласно которым не было выявлено различий между сывороточными и мочевыми показателями VEGF у пациентов с гломерулярным склерозом, ТИФ, амилоидозом почки, различными формами гломерулонефрита и у контрольной группы пациентов. Была обнаружена лишь корреляция между уровнем креатинина крови и уровнем экскреции VEGF, а также количеством эритроцитов в моче и VEGF.

Закключение. По литературным данным, наиболее высокую чувствительность и специфичность для определения степени повреждения паренхимы почек у детей в динамике течения патологии имеет исследование в моче основных маркёров повреждения нефрона — коллагена IV типа и π -GST, а также факторов ангиогенеза — VEGF. Расчет индекса раннего повреждения почек до и через 6 месяцев после лечения позволяет объективно оценить этапность развития нефросклероза.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО НЕЙТРОФИЛЬНО ЛИМФОЦИТАРНОМУ ИНДЕКСУ

**Абдурахманов М.М., Ярашев А.Р., Эшонов О.Ш., Шомуродов Х.Ш.
Бухарский медицинский институт**

Наряду с современными методами нейровизуализации как МСКТ и МРТ, успешная терапия больных с критическом состоянием при тяжелых форм ОНМК, основывается и к лабораторным показателям. Количественные показатели лейкоцитов крови, особенно, показатели ее лейкоцитарной формулы, являются немаловажными методами исследования, имеющее диагностическое значение при критических состояний, вызванной острым нарушением мозгового кровообращения. Тщательный анализ лейкоформулы позволяет судить о течение заболевания, возникновении и выраженности воспалительных проявлений и эффективности проводимой терапии. По мнению ряда авторов. одним из таких показателей является индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (ИСНЛ) крови.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Целью исследования: определить прогностическую значимость ИСНЛ в исхода критических состояний вызванных острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК).

Материалы и методы исследования: Объектами исследования явились клиничко-лабораторные данные 62 пациентов нейрореанимационного отделения Бухарского филиала РНМЦ от 32 до 65 лет (средний возраст составлял $56,3 \pm 3$ лет). По нозологии пациенты делились на геморрагический ($n=30$) и ишемический ($n=32$) формы ОНМК. Были проанализированы клинические (оценка невротатуса по шкале Глазго, а также системные показатели гемодинамики и дыхания), инструментальные (ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, МСКТ исследование головного мозга) и лабораторные данные (лейкоформула, и ИСНЛ). Сопоставление клинических и лабораторных показателей была проведена в трех этапах: первый этап - при поступление, второй этап: -3-е сутки, третий этап - 7 сутки после проводимой интенсивной терапии.

Из исследования были исключены больные с сопутствующими патологиями печени, почек, дыхательной системы и эндокринными нарушениями.

Результаты исследования. При поступление (1 этап исследования) у всех обследованных больных уровень сознания по шкале Глазго от 8 до 12 баллов (8 баллов $n=12$, 9 баллов $n=15$, 10 баллов $n=13$, 11 баллов $n=8$, 12 баллов $n=14$). На 2-м этапе исследования отмечалось увеличение числа больных с более глубоким нарушением невротатуса (по ШКГ: 8 баллов $n=14$, 9 баллов $n=18$, 10 баллов $n=14$, 11 баллов $n=10$, 12 баллов $n=6$). В динамике после проводимой интенсивной терапии у 56 больных отмечалось клиническое улучшение, что было подтверждены полученными данными невротатуса 3-го этапа исследования (по ШКГ: 8 баллов $n=8$, 9 баллов $n=10$, 10 баллов $n=15$, 11 баллов $n=19$, 12 баллов $n=10$).

При анализе показателей лейкоформулы была выявлена, что у всех больных на первом этапе исследования средний показатель ИСНЛ составлял в пределах $2,2 \pm 0,64$. Было отмечено, что у выживших больных ($n=56$) на фоне проводимой интенсивной терапии, во 2- и 3-этапах исследования наряду с клиническим улучшением и положительными изменениями в невротатусе, средний показатель ИСНЛ составлял в пределах $2,5 \pm 0,78$ и $2,1 \pm 0,42$ соответственно.

Из 62 обследованных больных летальный исход наблюдался у 6 (2 пациента с ишемическим и 4 пациента с геморрагическим инсультом). При анализе полученных данных была выявлена достоверная корреляционная связь между показателями лейкоформулы и общей летальности среди пациентов с обеими нозологиями. У этих больных отмечалось прогрессивное повышение среднего показателя ИСНЛ в обеих группах по сравнению с показателем первого этапа ($2,21 \pm 0,62$, $4,15 \pm 0,74$, $5,34 \pm 0,52$) ($p < 0,05$).

Вывод: более высокий показатель ИСНЛ является достоверным показателем клинического ухудшения состояния пациентов и предиктором неблагоприятного исхода критических состояний вызванных острыми нарушениями мозгового кровообращения.



ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗНЫХ ФОРМ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Абдурахманов М.М., Хасанова Н.М.

Бухарский государственный медицинский институт

Цель - повышение качества диагностики разных форм лейкоплакии на основании клинических проявлений, по данным метода оптической когерентной томографии (ОКТ)

Материал и методы. Для достижения поставленной цели в Бухарском филиале РСНПМЦ онкологии и радиологии было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 93 больных (48 мужчин и 45 женщины) в возрасте от 27 до 74 лет. Плоская форма лейкоплакии наблюдалась у 39 больных. Клиническая картина несколько различалась в зависимости от локализации процесса. Наиболее частой локализацией очагов плоской лейкоплакии была слизистая оболочка щек, особенно углы рта и линия смыкания зубов. Всем больным с целью ранней диагностики заболевания была проведена оптическая когерентная томография (ОКТ-исследование).

Результаты и обсуждение. ОКТ-признаки плоской лейкоплакии: нижний слой ярче верхнего; верхняя граница изображения ровная; яркость верхнего слоя выше, чем в норме; высота увеличена по сравнению с нормой; нижний слой неоднородный, высокой яркости, соответствует соединительнотканной строме; глубина информативного изображения в большинстве областей $>1,5$ мм. ОКТ-исследование веррукозной лейкоплакии отражает следующие морфологические признаки: изображение слоистое (визуализируются 3 горизонтально ориентированных слоя — между обычными для ОКТ 2 слоями образуется неоднородный слабо рассеивающий (темный) слой, соответствующий зоне взаимопроникающих удлиненных акантолитических эпителиальных выростов и папилломатозных стромальных сосочков с находящимися в них расширенными капиллярами; граница между слоями нерезкая, извилистая, местами прерывистая; верхняя граница изображения неровная за счет веррукозных выростов; верхний слой неоднородный; высота увеличена по сравнению с нормой; глубина информативного изображения в большинстве областей >1 мм. При эрозивной форме лейкоплакии ОКТ-изображения были однородными, лишенными структурности, яркими; глубина информативного изображения <1 мм. По данным ОКТ-исследования, основной критерий малигнизации процесса - потеря структурности, т.е. томограмма визуализируется в виде однородного гомогенного изображения с малой глубиной сигнала или его отсутствием.

По результатам гистологического исследования выявлены 10 участков неизменной слизистой, 35 участков лейкоплакии без атипии, 16 биоптатов лейкоплакии с дисплазией разной степени от SIN 1 до SIN 3; 21 пациенту поставлен диагноз «плоскоклеточный рак».



При гистологическом исследовании биопсийного материала у пациентов с гиперплазией отмечается увеличение базального, шиповатого (акантоз) или поверхностного (гипер-, паракератоз) слоев эпителия без какой-либо клеточной атипии. Небольшое увеличение плотности клеток и клеточная атипия могут наблюдаться на фоне воспаления.

Выводы. Исходя из вышесказанного, данные ОКТ-исследований эпителия могут способствовать распознаванию доброкачественного или злокачественного процессов при данном заболевании и быть клинически полезным дополнением к стандартным гистоморфологическим исследованиям.

Необходимым алгоритмом для диагностики разных форм лейкоплакии является применение клинических методов, ОКТ, гистологических методов; такой подход позволяет практическому врачу не только правильно поставить диагноз, но и диагностировать начальные этапы озлокачествления.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СУБКЛИНИЧЕСКОЙ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдурахманов М.М., Джураева Н.О.,
Бухарский государственный медицинский институт

Цель. Изучение субклинической кардиотоксичности двух антрациклин-содержащих режимов химиотерапии у больных раком молочной железы (РМЖ) с нормотонзией и артериальной гипертонзией (АГ).

Материал и методы. В исследование включены 119 больных раком молочной железы (средний возраст - $48,8 \pm 10,9$ лет), проходивших лечение в отделении химиотерапии Бухарского филиала РСНПМЦ онкологии и радиологии, получавших один из двух вариантов химиотерапии. В зависимости от варианта химиотерапии больные были разделены на две группы: I группа ($n = 54$) - длительность лечения < 8 нед., кумулятивная доза доксорубицина составила 200 мг/м^2 , II группа ($n = 65$) - длительность лечения < 16 нед., кумулятивная доза доксорубицина составила 320 мг/м^2 . В каждой группе была выделена подгруппа больных РМЖ с АГ. До начала химиотерапии и после ее завершения у всех больных выполнялось ультразвуковое исследование сердца, включая метод спекл-трекинг эхокардиография в двумерном и трехмерном режимах (2D и 3D Speckle Tracking Imaging- СТЭ).

Результаты. У больных, получивших более высокую кумулятивную дозу доксорубицина (группа II), отмечалось статистически значимое снижение показателя глобальной продольной деформации (GLS) по данным двумерного ($s - 20,4 \pm 0,4 \%$ до $- 16,8 \pm 0,4 \%$, $p < 0,05$) и трехмерного режимов ($s - 11,6 \pm 0,5 \%$ до $- 7,8 \pm 0,5 \%$, $p < 0,05$) спекл-трекинг эхокардиографии и показателя площадь глобальной деформации (GAS) по данным трехмерного режима ($s - 19,7 \pm 0,7 \%$ до $- 14,5 \pm 0,8 \%$, $p < 0,05$). Частота



диагностического снижения показателя GLS более чем на 15 % от исходного уровня, характеризующая субклиническую кардиотоксичность, была существенно (в 1,8 раза) выше у больных II группы: 33,3 и 18,5% больных соответственно, $p < 0,05$. Наиболее выраженные изменения показателей деформации наблюдались у больных с артериальной гипертонией в анамнезе, особенно во II группе больных РМЖ и АГ. Так, у больных РМЖ и АГ I группы ($n = 18$) снижение GLS по данным двумерного режима составило с $-19,6 \pm 1,1$ % до $-17,4 \pm 0,5$ %, $p = 0,06$, а по данным трехмерного режима - с $-9,9 \pm 0,5$ % до $-6,6 \pm 0,4$ %, $p < 0,05$, снижение показателя GAS по данным трехмерного режима составило с $-18,4 \pm 0,6$ % до $-13,2 \pm 0,7$ %, $p < 0,05$. У больных АГ II группы ($n = 13$) снижение GLS по данным двумерного режима составило с $-18,5 \pm 1,1$ % до $-15,6 \pm 0,6$ %, $p < 0,05$, а по данным трехмерного режима - с $-9,7 \pm 0,6$ % до $-6,5 \pm 0,5$ %, $p < 0,05$, снижение показателя GAS по данным трехмерного режима составило с $-17,0 \pm 0,9$ % до $-12,3 \pm 0,9$ %, $p < 0,05$.

Выводы. Повышение риска развития субклинической кардиотоксичности ассоциировалось с более высокой кумулятивной дозой доксорубина (320 мг/м²), а также у больных РМЖ с АГ результаты исследования показали, что у больных РМЖ до и после завершения курсов антрациклинсодержащей ХТ с целью выявления субклинической кардиотоксичности целесообразно применение технологии СТЭ как в двумерном, так и в трехмерном режимах. Преимуществом метода 3D-, в отличие от 2D-СТЭ, является одновременная и более точная оценка ФВ ЛЖ.

ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.

Абдурашидов Ф.Ш., Таджибаев Ш.А., Азизов Д.Т.
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность проблемы: Исследование эпидсостояния желчнокаменной болезни по Ферганской долине показало, что проблема оперативного лечения не перестает быть одной из наиболее актуальных в абдоминальной хирургии в нашей Республике. Исходя из этого, нами изучена распространенность данной патологии по Ферганской долине, на основании официальной статистической отчетности с 1995 по I полугодие 2000 года. Необходимо отметить, что одновременно мы изучали проблему хирургической коррекции данного заболевания, т.е. соотношение различных вариантов оперативных вмешательств, имеющихся, на сегодняшний день, в арсенале хирургии. **Результаты** данных исследований в совокупности являются базовыми для наших дальнейших исследований в этом направлении.

Цель исследования: изучить проблемы хирургической коррекции данного заболевания, т.е. соотношение различных вариантов оперативных вмешательств,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



имеющихся, на сегодняшний день, в арсенале хирургии в отдельном регионе нашей Республики и выявить пути их решения.

Материал и методы исследования: В качестве объекта эпидисследования были выбраны различные области и группы жителей Ферганской долины Узбекистана, где подобные исследования осуществлялись ранее и приобретен методологический опыт по проведению скринирующих обследований больших контингентов населения. Для решения выше приведенных задач было проведено десять одномоментных ретроспективных эпидемиологических исследований среди различных популяционных групп – жителей Андижанской, Наманганской и Ферганской области Ферганской долины и по их результатам дана обобщенная оценка эпидусловий и эпидситуации в отношении ЖКБ на популяционном уровне.

Результаты исследования. Соотношение численности населения и её ежегодный прирост с количеством больных по Ферганской долине за период с 1995 по 2000 годы, представлены следующим образом: численность населения в Ферганской долине в 1995 году составила 6374,7 тыс. человек, тогда как на I полугодие 2000 года – 6745,4 тыс., что соответствует приросту в пределах 63,0 – 64,0 тыс. человек ежегодно. Вместе с тем, больные с желчнокаменной болезнью в 1995 году составили - 16923 пациента, из них с впервые установленным диагнозом – 4463 больных. В 1999 году всего зарегистрировано больных с желчнокаменной болезнью – 17226 человек, из них с впервые установленным диагнозом – 4151, к концу года на диспансерном учете состояло – 9830 больных. Сравнительный анализ статистических данных 1995 года с показателями 1999 года показывает, что количество больных с желчнокаменной болезнью увеличилось на 303 пациента, что свидетельствует о ежегодном ее среднем росте на 60 человек. Необходимо отметить, что пик диагностики желчнокаменной болезни приходится на 1998 год (18547 пациентов, из них заболевание впервые диагностировано у 6843 больных).

При исследовании соотношения плановых и экстренных оперативных вмешательств и послеоперационной летальности, выявлено, что количество плановых операций в 1999 году, по сравнению с 1995 годом увеличилось на 288, а летальность за тот же срок уменьшилась на 0,5 %. При этом, за последние 5 лет, выполнено в плановом порядке 5348 операций, из них с летальным исходом у 51 больного, что в среднем составило 1,0 % оперированных. Наряду с этим, ежегодно увеличивается число операций, выполненных в экстренном порядке. Так, за 5 лет произведено 1845 экстренных операций, с летальным исходом у 24 пациентов, что в среднем составило 1,3% оперированных. Наибольшее число плановых и экстренных операций произведено в 1999 году: 1233 и 415 соответственно.

В целом соотношение плановых и экстренных операций, по поводу ЖКБ, за период исследования сохраняется на уровне 3:1. Однако, если за указанный срок количество плановых оперативных вмешательств увеличилось на 30%, то операции выполняемые по экстренным показаниям - на 41%. Данное соотношение, с одной стороны, свидетельствует



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



о сохранившемся ещё недостаточном уровне диагностики, а с другой – о необходимости обоснованной активизации хирургической тактики в плановой хирургии ЖКБ.

Летальность, после экстренных операций по поводу ЖКБ, закономерно выше, чем при плановых операциях за все периоды наблюдения (в 1995 году 1,3% и 2,7%; в 1999 году 0,8% и 1,2% соответственно).

При исследовании роли и места эндовизуальной хирургии в структуре оперативных вмешательств при желчнокаменной болезни на примере Андижанского и Наманганского вилоятов Ферганской долины за 1996-1999 годы, картина сложилась следующим образом: количество «традиционных» оперативных вмешательств в 1996 году составило 625 операций с летальным исходом у 7 больных, что составило 1,1%. В 1999 году аналогичные операции выполнены у 871 больного с летальным исходом у 9 (1,0%), что свидетельствует об увеличении количества операций на 39,4%. Количество лапароскопических холецистэктомий в 1996 году, т.е. в период освоения новой технологии, было выполнено всего 14, без летального исхода. Вместе с тем, в 1999 году аналогичные операции выполнены уже у 172 пациентов, что свидетельствует об увеличении их количества более чем в 10 раз. Анализ соотношения лапароскопических операций к «традиционным» по годам исследования, показывает, что отмечается неуклонный рост операций с использованием эндовизуальной техники с 2,2% до 19,7%.

Вывод: Таким образом, анализ распространенности ЖКБ, свидетельствует о низком уровне скрининг - диагностики данной патологии в регионе Ферганской долины и, как следствие, необходимость осуществления широкомасштабных исследований, позволяющих охватить значительную часть населения и способствующих её ранней диагностике и своевременной коррекции. Анализ характера оперативных вмешательств и соотношения показателей летальности ставит вопрос об активизации хирургической тактики в плановой хирургии ЖКБ, то есть «оперировать до развития осложнений».

Несмотря на неуклонный рост оперативных вмешательств с использованием эндовизуальной техники, их соотношение в общей структуре операций по поводу ЖКБ, за исследуемый период остаётся достаточно низким. Данная тенденция, на наш взгляд, обусловлена рядом причин как тактического, так и организационного характера, выявленных при анализе лечебной деятельности отмеченных учреждений.

К тактическим причинам в первую очередь необходимо отнести отсутствие единой, разработанной тактики использования эндовизуальной техники, а также центра по координации практической деятельности и подготовки специалистов. К организационным причинам относятся трудности с приобретением новой и ремонтом имеющейся аппаратуры и комплектующих, что обусловлено отсутствием внимания руководителей лечебных учреждений к внедрению новой лечебно-диагностической методики. Для решения отмеченных проблем, на наш взгляд, назрела необходимость в создании единого центра на уровне республики, который бы координировал как практическую, так и научную деятельность, разрабатывал и реализовывал национальную программу



развития эндовизуальной хирургии, решал вопросы материально-технического оснащения подразделений.

КОМПЬЮТЕРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ДОСТУПОВ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ – ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.

Абдурашидов Ф.Ш., Таджибаев Ш.А., Азизов Д.Т.
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность темы. Значительный прогресс абдоминальной хирургии в частности в Узбекистане, связан с внедрением в клиническую практику малоинвазивных методов оперирования при желчнокаменной болезни. Вместе с тем, как свидетельствуют данные литературы, лапароскопическая холецистэктомия имеет ряд недостатков. Например: с увеличением числа операций увеличивается число больных с ятрогенными повреждениями желчных протоков и тд. А также в литературе нет конкретного теоретического обоснования хирургических приемов, анализа особенностей доступа, в контексте с топографо-анатомическими особенностями вмешательства с использованием малоинвазивных технологий, что является залогом прогнозирования и профилактики интра- и послеоперационных осложнений.

Цель исследования – выявить особенности стандартной установки троакаров и определить оптимальные точки их введения зависимости от варианта расположения желчного пузыря, позволяющее методически и технически грамотно выполнить вмешательство, обеспечивающее проведение операции в полном объеме и с наименьшими техническими трудностями, а также снижающее до минимума вероятность развития как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений.

Материалы и методы исследования. Для выявления вариантов расположения желчного пузыря изучены томограммы 176 больных независимо от пола, конституции и патологии желчного пузыря. Анализ томограмм показал, что основным фактором является, кроме топографо-анатомических изменений непосредственно желчного пузыря и его отделов, угол наклона оси (последний проходит от наивысшей точки дна и по центру шейки желчного пузыря) желчного пузыря по отношению к горизонтали. У 108 больных выявлено срединное расположение желчного пузыря, что составило 61,4%. У 42 больных обнаружено вертикальное расположение или 23,8 %, и у 26 пациентов горизонтальное расположение или 14,8 %. Исследование производилось на магнитно-резонансном томографе «Magnetom OPEN viva», фирмы «Siemens», производства Германии 1998 года.

Результаты исследования. При стандартном расположении троакаров при вертикальной позиции желчного пузыря, при отсутствии патологических изменений со стороны желчного пузыря, техническое выполнение основных этапов операции имеет



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



свои особенности. Во-первых, в данном варианте зона действия каждого эндоинструмента расположена нерационально, а именно: эпигастральный троакар (Тр.1) – шейка, троакар по среднеключичной линии (Тр.2) – карман Гартмана. При таком варианте образован острый угол между данными эндоинструментами. Этот факт важен с той позиции, что в этих зонах имеется вероятность возникновения трудностей и неудобств при манипуляции эндоинструментами, за счёт того, что зона действия инструментов (Тр.1 и Тр.2) накладываются друг на друга. Все это в совокупности отображается на ходе операции, удлиняет время оперативного вмешательства.

При срединной позиции желчного пузыря зоны соприкосновения между инструментами минимальны, то есть при техническом выполнении этапов операции манипуляции инструментами не создают трудности между собой, возможен свободный доступ к задней и передней стенке кармана Гартмана и шейке желчного пузыря. Данный факт важен для свободной ревизии, идентификации и мобилизации элементов шейки желчного пузыря, что является одним из основных моментов.

При горизонтальном расположении желчного пузыря возможны технические трудности для мобилизации задней стенки в области кармана Гартмана и шейки за счет ограниченного доступа в этот район желчного пузыря. В этих случаях для рационального выхода из создавшейся ситуации мы использовали ротационные движения эндоинструмента, расположенного на гартмановском кармане. Данный способ в совокупности с возможностями лапароскопа позволяет произвести те или иные манипулирования в данной зоне.

Вывод. Установка дополнительных троакаров при лапароскопической холецистэктомии должна производиться в зависимости от результатов первичной визуальной ревизии. Последняя должна быть направлена на выявление состояния желчного пузыря, определение его позиции, особенностей топографо-анатомических изменений в желчном пузыре и близлежащих органов, развившихся за счет его патологии. Адекватная интерпретация результатов первичной визуальной ревизии способствует снижению риска развития интра- и послеоперационных осложнений и способствует благоприятному исходу операции.

К ПРОБЛЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПОВТОРНО ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА.

**Абдурашидов Ф.Ш., Таджибаев Ш.А., Азизов Д.Т.
Андижанский государственный медицинский институт.**

Актуальность проблемы. На протяжении многих лет в проблеме хирургического лечения осложнений и заболеваний после операций по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки наиболее дискуссионными остаются



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



показания к реконструктивным и корригирующим вмешательствам, выбор метода повторной операции. Кроме того, остаётся проблемной поиск и разработка методов снижения числа послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования – выявить возможности методики декомпрессии зоны анастомозов в реконструктивной хирургии повторно оперированного желудка как способ профилактики ранних послеоперационных осложнений.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 126 пациентов перенесших различные варианты повторных реконструктивных операции на желудке, ранее оперированных по поводу язвенной болезни. Во всех случаях, независимо от типа реконструктивной операции, мы считаем обязательным и целесообразным оставление декомпрессионного зонда. Выполнение реконструктивных операций, наложение новых анастомозов в условиях, когда имеется массивный спаечный или рубцовый процесс, отсутствие в большинстве случаев нормальной топографии и анатомии повышают вероятность развития ранних послеоперационных осложнений. Поэтому использование декомпрессии при повторных операциях на желудке, двенадцатиперстной кишке, особенно в области гастродуодено- или гастроэнтероанастомозов, считается обязательным.

Декомпрессия проводится следующим образом. До операции подготавливают зонд. Для этого на тонкий хлорвиниловый зонд (длиной до 1,5 м, шириной до 4-6 мм) производят микроперфорации по боковой стенке (диаметр 2-3 мм) на расстоянии 30-35 см (дистальный конец). Расстояние и количество микроперфораций могут меняться в зависимости от вида и количества анастомозов и корригируются по ходу операции. В качестве зонда можно применить хлорвиниловую трубку от системы одноразового использования для внутривенных переливаний крови и других жидкостей.

До операции в желудок вводят толстый желудочный зонд. После формирования задней губы анастомоза в просвет двенадцатиперстной кишки (при операции по Бильрот-1) вводят дистальный конец стерильного зонда с боковыми отверстиями длиной до 15-20 см. При реконструктивной резекции по Бильрот – 11 в модификации Гофмейстера-Финстерера дистальный конец зонда устанавливают в приводящей петле тонкой кишки. Резекции по Ру-Ибадову доводится до уровня инвагинационного анастомоза. Проксимальный конец зонда привязывают к концу желудочного зонда, заранее введенного в желудок. Желудочный зонд извлекают вместе с проксимальным концом декомпрессионного зонда на нужном расстоянии и фиксируют к носу пациента на 2-3 дня с расчетом, чтобы микроперфоративные отверстия располагались одновременно до и после наложенного анастомоза на расстоянии 8-10 см.

Результаты исследования. Из 126 пациентов, у которых произведены повторные реконструктивные операции, у 15 (11,9%) в раннем послеоперационном периоде развились осложнения, которые были связаны с расширением показаний к производству реконструктивных операций без учета в некоторых случаях сопутствующей патологии. Только у 1(0.8%) больного имело место несостоятельность швов



гастродуоденоанастомоза. Кроме того, постоянная декомпрессия в условиях повторно оперированного желудка и двенадцатиперстной кишки способствует более быстрому восстановлению моторики этих органов, что служит профилактике застойных явлений. Отказ от периодических зондирований и аспираций желудка значительно улучшает послеоперационный период больных и облегчает работу медперсонала.

Вывод. Декомпрессия зоны анастомозов в хирургии повторно оперированного желудка является эффективным методом профилактики ранних послеоперационных осложнений. Использование данного метода позволило снизить процент ранних послеоперационных осложнений как несостоятельность анастомозов до 0,8%. Кроме того, постоянная декомпрессия в условиях повторно оперированного желудка и двенадцатиперстной кишки способствует более быстрому восстановлению моторики этих органов, что служит профилактике застойных явлений.

СЕССИЯ И БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СТУДЕНТОВ

Абеуова Б.А., Файбулла Н., Жасузакова А.

НАО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

Актуальность исследования. Известно, что стрессы оказывают большое влияние на состояние здоровья человека. Во время стрессовой ситуации нередко происходят различные нарушения: гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, тиреотоксикоз, неспецифический язвенный колит, ревматоидный артрит, нейродермит. Исходя из актуальности нами проанализировано влияние экзаменов на заболевания ЖКТ у студентов.

Цель исследования: оценить влияние экзаменационного стресса на заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у студентов различных курсов юридического университета. Для достижения цели были поставлены следующие задачи: 1. Частота обращения участкового врачу студентов КазГЮУ (г.Астана) с заболеваниями ЖКТ с 01.04.2022г по 30.06.2022г. (До 01.04.2022г- обучение студентов всех курсов осуществлялось on-line.) 2. Определение частоты заболеваемости в зависимости от пола и периода студентов всех курсов(до сессии, во время и после сессии) и у студентов I курса в зависимости от места проживания (в общежитие и в семье).

Материал и методы исследования. Проведен анализ 243 студентов 1,2, 3 и 4 курсов, прибывших на прием в студенческую поликлинику вуза с 01.04 по 30.06.2022. Полученные данные взяты из программы КМИС. Всем студентам проводилось стандартное обследование, включающее выявление жалоб, сбор анамнеза, данных объективного осмотра и лабораторной диагностики (ОАК, ОАМ, ФГДС и др. методы). Анализа обращаемости студентов проводился до сессии (01.04.2022г по 30.04.2022г), во время сессии (01.05.2022г по 31.05.2022г) и после сессии (01.06.2022г по 30.06.2022).



Результаты исследования. Чаще всего к участковому врачу обращались студенты 1 курса 39,9% (97 студентов), реже -2 курса 27,9% (68 студентов), 4 курса было 17,6% (43 студентов) и 3 курса-14,4% (35 студентов). Студенты обращались с жалобами на боль в животе, изжогу, запоры, а девушки дополнительно на запоры, появление угревой сыпи. Нужно отметить, что чем старше курс, тем чаще обращались с вышеуказанными жалобами девушки, чем парни ($p \leq 0,001$). В период сессии у студентов всех курсов заболеваемость была достоверно выше ($p \leq 0,001$) (56,4%), чем до сессии (27,6%) и после сессии (16%). Заболеваемость ЖКТ у студентов 1 курса выявляется чаще, так как они проживают в общежитиях, в отличие от студентов 2,3,4 курсов. Старшие курсы в общежитиях не проживают. Из 678 студентов первого курса в общежитии проживает 429 (63,39%) человека. Из 678 студентов с жалобами со стороны органов ЖКТ обращались 97 (14,36%) человек. Из этих 97 обратившихся 77 (79,39%) студентов проживали в общежитии. Выявлено, что на среди обратившихся студентов 1 курса чаще всего выявлялся хронический гастрит без *H. Pylori* в 44% случаев (38 человек), хронический гастрит с *H. Pylori* у 35% (30), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – у 13% (11 человек) и язвенной болезни желудка – у 8% (7 человек). Эти данные демонстрируют превалирование хронического гастрита без *H. Pylori*, что подтверждает стресс-этиологическую роль в развитии заболеваний ЖКТ.

Выводы. 1. Чаще всего с патологией ЖКТ обращались студенты 1 курса. В 2,5 раза чаще ($p \leq 0,01$) девушки-студентки обращались за медицинской помощью чем парни. 2. У студентов 1 курса, проживающих в общежитии, заболеваемость органов ЖКТ выше 17% (77 человек), чем у студентов проживающих в семьях - 8% (20 человек) ($p \leq 0,001$).

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Абзалова М.Я., Сайфутдинова М.Г., Юлдашев Т.А. Худанов Б.О.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) является одной из актуальных проблем современной педиатрии и нефрологии, что связано с неуклонным ростом частоты хронических прогрессирующих заболеваний почек, развитием хронической почечной недостаточности (ХПН) и ранней инвалидизацией больных уже в детском возрасте. Несмотря на современные достижения нефрологии, раннее выявление и замедление прогрессирования заболеваний почек разной этиологии, отдаление формирования ХПН, снижение риска осложнений, обусловленных почечной дисфункцией, по-прежнему представляет трудности и остается нерешенной медико-социальной проблемой.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Целью нашего исследования явилось изучение роли УЗИ в диагностике хронической болезни почек (ХБП) у детей.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование, в отделении УЗД в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии, с января по апрель 2022 года. Учитывались все дети, направленные на УЗИ почек, у которых креатинин проверялся в тот же день, когда было выполнено УЗИ. Всего в исследование было включено 32 детей с ХБП, из них 13 (40,7%) детей с хроническим пиелонефритом, 9 (28,1%) детей с хроническим гломерулонефритом, 5 (15,6%) детей с врожденной аномалией моче **Выводящих** путей (2 с аплазией почки, 3 с аномалией формы), 5 (15,6%) детей с гидронефротической трансформацией. Ультразвуковое исследование почек выполняли с использованием стандартного ультразвукового аппарата в режиме серой шкалы и цветового доплеровского картирования (ЦДК) с использованием конвексного датчика частотой 3,5-5 МГц.

Результаты исследования. Основными ультразвуковыми критериями в серошкальном режиме явились, неравномерное повышение эхогенности паренхимы почек, с уменьшением толщины почечной паренхимы. По мере прогрессирования патологического процесса определили уменьшение передне-заднего размера почек, также неровность и бугристость контуров, что означало о фиброзировании коры. Данное исследование показало, что средняя толщина паренхимы почек составила 8,3 мм. По мере увеличения эхогенности наблюдалось уменьшение средней толщины паренхимы. Изменение показателей ультразвукового исследования в режиме ЦДК у детей с ХБП характеризовались асимметрией гемодинамических показателей, диффузным обеднением интратенального сосудистого рисунка за счет уменьшения или отсутствия мелких ветвей сегментарных артерий, турбулентности кровотока, локации редких, истонченных и деформированных сосудов. По мере увеличения уровня креатинина в сыворотке повышается эхогенность коркового слоя почки. Поскольку изменения эхогенности почек необратимы, можно провести эхографическую классификацию ХБП, который позволит оценить тяжесть ХБП.

Выводы. Таким образом, наилучшим эхографическим параметром, коррелирующим с уровнем креатинина в сыворотке, является эхогенность коркового слоя почек и его градация по сравнению с продольной длиной, толщиной паренхимы и толщиной коркового слоя у пациентов с ХБП, также ультразвуковая доплерография позволяет определить кровотоки в режиме реального времени.



ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ДИПСАКОЗИДА ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Аблакимов Н.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одной из сложнейших задач современной медицины является разработка методов первичной и вторичной профилактики атеросклероза, имеющих большое практическое и социальное значение.

Цель исследования. Целью исследования явилось изучение влияния дипсакозида на морфофункциональное состояние надпочечников при экспериментальном гиперхолестеринемии.

Материалы и методы. Работа выполнена на 70 здоровых половозрелых кроликах-самцах одинакового возраста (весом 2-2,5кг), содержащихся в одинаковых условиях. 1серия - 30 кроликов, **Введение** 10% водного раствора дипсакозида из расчета 10мг/кг массы кролика с перерывами в 4 дня после 10 дней введения препарата, распределенных по срокам эксперимента: 30 дней - 10 кроликов, 60 дней - 10 кроликов, 90 дней - 10 кроликов. 2 серия - 30 кроликов, кормление холестерином, распределены по срокам опыта: 30 дней - 10 кроликов, 60 дней - 10 кроликов, 90 дней - 10 кроликов. Контролем для данной серии служили интактные животные - 10 кроликов, находившиеся в тех же условиях содержания, что и животные экспериментальной серии.

Результаты и обсуждение. Результаты морфометрических данных показывают что в первой серии эксперимента наблюдалось увеличение среднего веса надпочечников по сравнению с интактной группой, а также в зависимости от длительности его. Так, если средний вес надпочечников в интактной группе равен 139мг, то в сроке 30 дней -190мг, 60 дней -239,5мг, 90 дней - 270.5мг, т.е к окончанию эксперимента вес надпочечников почти в два раза больше, чем в интактной группе, т.е. Введение дипсакозида оказывает статистически достоверное влияние на возрастание веса надпочечников. Наблюдается также статистически достоверное увеличение среднего веса клубочковой зоны надпочечников во всех сроках опыта по сравнению с интактной группой. Отмечается также незначительное нарастание веса этой зоны в зависимости от длительности эксперимента (30 и 60 дней) и снижение этого показателя в сроке 90 дней.

Происходит увеличение ширины клубочковой зоны по сравнению с интактной группой и между группами в зависимости от срока опыта, т.е введения дипсакозида оказывает статистически достоверное влияние на увеличение ширины клубочковой зоны. Объем ядер клеток клубочковой зоны коры надпочечников увеличивается по сравнению с показателем интактной группы, однако, при сравнении этих показателей в разных сроках опыта такой закономерности не даёт, т.е. кормление кроликов дипсакозидом оказывает статистически достоверное влияние на увеличение объема ядер этой зоны по сравнению с интактной группой.



Вывод: под влиянием дипсакозида наблюдаются признаки повышенной морфофункциональной активности надпочечников, что выражается в статистически достоверном нарастании (в сравнении с контролем) массы всех зон, среднего объема ядер, массы надпочечников, индекса Валдеса, несколько снижается инфильтрация клеток коры надпочечников липидами.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЛИЯНИЯ ДИПСАКОЗИДА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Аблакимов Н.К.

Андижанский государственный медицинский институт,

Актуальность. Применение с этой **Целью** гиполипидемических средств, обоснованное ролью липидов в патогенезе атеросклероза, особенно в начальных стадиях, может уменьшить риск атеросклеротических заболеваний.

Цель исследования. **Целью** исследования явилось изучение влияния дипсакозида на морфофункциональное состояние надпочечников при экспериментальном гиперхолестеринемии.

Материалы и методы. Работа выполнена на 70 здоровых половозрелых кроликах-самцах одинакового возраста (весом 2-2,5кг), содержащихся в одинаковых условиях.

Результаты и обсуждение. Наблюдается также статистически достоверное увеличение среднего веса клубочковой зоны надпочечников во всех сроках опыта по сравнению с интактной группой. Отмечается также незначительное нарастание веса этой зоны в зависимости от длительности эксперимента (30 и 60 дней) и снижение этого показателя в сроке 90 дней. Происходит увеличение ширины клубочковой зоны по сравнению с интактной группой и между группами в зависимости от срока опыта, т.е. введение дипсакозида оказывает статистически достоверное влияние на увеличение ширины клубочковой зоны. Объем ядер клеток клубочковой зоны коры надпочечников увеличивается по сравнению с показателем интактной группы, однако, при сравнении этих показателей в разных сроках опыта такой закономерности не даёт, т.е. кормление кроликов дипсакозидом оказывает статистически достоверное влияние на увеличение объема ядер этой зоны по сравнению с интактной группой. Наблюдается увеличение процентного соотношения размеров ядер этой зоны по сравнению с интактной группой. Так, если в контрольной группе в процентном соотношении преобладают размеры ядер клеток 1У-У классов (73,2%), то в сроке 30 дней преобладают размеры ядер клеток У-У1 классов (74,2%) и далее 60 дней (86%) и 90 дней (78,4%), т.е. в сроке опыта 90 дней происходит снижение этого показателя. Введение дипсакозида приводит к увеличению размера ядер клеток этой зоны в процентном соотношении. Липиды выявляются в цитоплазме клеток этой зоны в отдельных участках, интенсивность их накопления



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



несколько снижается по сравнению с интактной группой. Наблюдается увеличение глыбок РНК в цитоплазме клеток с уменьшением их в поздние сроки. Анализ статистических данных веса пусковой зоны животных при введении дипсакозида также свидетельствует о нарастании этого показателя по сравнению с интактной группой. В интактной группе вес этой зоны равен $57,3 \pm 3,0$ мг, то в 1 серии эксперимента в сроке 30 дней $111,9 \pm 10,9$ мг, 60 дней $139,7 \pm 15,4$ мг и 90 дней $124,9 \pm 8,8$ мг, в то же время наблюдается понижение этого показателя в сроке 90 дней по сравнению со сроком 60 дней. Наблюдается уменьшение ширины пучковой зоны в зависимости от длительности введения дипсакозида по сравнению с контрольной группой, особенно значительно это различие в сроках 60 и 90 дней.

Сравнивая процентное соотношение размеров ядер клеток этой зоны при введении дипсакозида необходимо указать, что как в интактной группе, так и в группах опыта разного срока в процентном отношении преобладают ядра У-У1 классов, в то время наблюдается снижение этого показателя в зависимости от длительности опыта по сравнению с интактной группой. Таким образом, кормление кроликов дипсакозидом приводит к снижению процентного показателя размеров ядер по классам по сравнению с интактной группой. Сравнивая этот показатель внутри различных сроков опыта, необходимо подчеркнуть, что при сроках 30 и 90 дней они одинаковы (79 и 78,6%) и в сроке 60 дней он повышается до 86%. Показатели среднего веса сетчатой зоны при кормлении дипсакозидом также характеризуются постепенным нарастанием в прямой зависимости от длительности опыта.

По сравнению с интактной группой, сравнивая этот показатель при различных сроках опыта, следует сказать, что нет статистических достоверных различий между 30 и 60 днями опыта, и таковая появляется лишь при длительности опыта в 90 дней. Наблюдается незначительное последовательное увеличение ширины этой зоны в зависимости от длительности введения дипсакозида по сравнению с интактной группой. Объем ядер клеток сетчатой зоны коры надпочечников по сравнению с интактной группой незначительно увеличивается, наибольшего значения он достигает в сроке 30 дней ($65,3 \pm 1,2$ мкм). В сроках 60 и 90 дней он уменьшается по сравнению со сроком 30 дней и почти остается на одном уровне (соответственно $60,0 \pm 1,5$ и $61,0 \pm 2,2$ мкм).

Вывод: Таким образом, кормление кроликов дипсакозидом оказывает статистически достоверное влияние на снижение показателя ширины пучковой зоны, наблюдается прямо пропорциональная зависимость от длительности введения дипсакозида животным.



ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Аграновский М.Л., Усманова. М.Б., Маликова А.Э., Солиев Д.М.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Тревога известна каждому. Многие испытывают ее ежедневно. Тревога – это сигнал об угрожающих изменениях в организме или внешнем мире. Тревога является наиболее часто встречающейся из психических расстройств в общемедицинской сети.

Целью нашего исследования явилось выявление особенностей тревожной симптоматики в клинике вегето-сосудистых расстройств. Вегето-сосудистые расстройства сочетаются с коронарной патологией чаще, чем с целым рядом других заболеваний. Согласно данным литературы, тревога возникает в среднем у 28 % больных вегето-сосудистых расстройств. Комбинация этих болезней ухудшает клинический и социальный прогноз каждой из них.

Материалы и методы исследования. В клинике АГМИ в терапевтическом отделении было обследовано 40 больных, от 30 – 60 лет, из них женщин 18 (45%), мужчин 22 (55%). Среди больных выделены 2 группы: I- группа контрольная в которой 22 человек (13 женщин и 9 мужчин) во время лечения были использованы психотропные средства.

Результаты исследования. II группа- 18 человек (5 женщин и 13 мужчин) в лечении которых применялось симптоматическое лечение. без включения психотропных средств. В контрольной группе эффект наблюдался через неделю после применения психотропных средств. Улучшение состояния во 2 группе наблюдалось лишь после 3 недели (стационарного-1 неделя, амбулаторного – 2 недели) и лишь у 30% (6 больных – 4 женщины и 2 мужчин) В группе этих больных было отмечено нижеследующие расстройства: часто встречающиеся головные боли, тошнота, рвота, боли в области сердца. Тревога представляет собой чувство напряжения, ожидания, дискомфорта, Первые объективные признаки (учащенное дыхание, мышечные напряжения, дрожь и т. п.). Вторые психовегетативные признаки: снижение настроения, сердцебиение, потливость, приступы головокружения, одышка, колебания настроения. Эта симптоматика возникала при физических и психоэмоциональных нагрузках, при обострении хронических заболеваний.

Все наблюдаемые пациенты обращались к врачам общего профиля, где лечились с вегето-сосудистыми расстройствами. Все больные предъявляли жалобы на плохой сон, повышенную раздражительность, снижения настроения, тревогу, фобии, снижения работоспособности, утрату интересов.

После назначения даже малых доз психотропных препаратов, (антидепрессантов, в частности феварина и транквилизаторов, в частности атаракса) состояние 27 (67,5%) больных улучшилось в первую неделю, исчезли тревога. В связи с этим целесообразно использование психотропных препаратов в терапевтической практике.



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

КЛИНИКО-КАТАМНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К., Маликова А.Э., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) является одной из наиболее актуальных в современной психиатрии, что обусловлено неуклонным ростом числа детей, страдающих ранним детским аутизмом.

Цель исследования. Клинико-катамнестическое исследование процессуального и органического раннего детского аутизма, изучение патогенных факторов, предшествующих формированию указанных вариантов раннего детского аутизма, и определение места психофармакотерапии в комплексе терапевтических и реабилитационных мероприятий с учетом возрастных особенностей.

Материал исследования. Настоящее исследование проводилось в 2016-2019 гг. детского отделения Андижанской областной психоневрологической диспансере. Обследовано 188 детей с РДА в возрасте от 3-х до 10 лет. Из них 84 ребенка с диагнозом «процессуальный РДА» (F 84.1) - I группа: 64 мальчика и 20 девочек и 104 ребенка с диагнозом «органический РДА» (F 84.01) - II группа: 90 мальчиков и 14 девочек.

Результаты исследования и обсуждение. Сравнительный анализ предикторов развития процессуального и органического раннего детского аутизма. В ходе настоящего исследования выделены предикторы различных форм РДА, к которым были отнесены отягощенная наследственность по психическим заболеваниям, возраст родителей к моменту рождения страдающего аутизмом ребенка, их образовательный уровень, профессиональная занятость, состав семьи, особенности течения беременности, родов, неонатального и перинатального периода (неврологическая и соматическая патология, диагностируемая у детей в первый месяц жизни ребенка, и неврологическая патология, обнаруживаемая в течение первого года жизни). Выделены патогенные факторы, воздействующие на детей, страдающих процессуальным и органическим РДА, в первые 36 месяцев жизни.

Вывод. При сравнительном клинико-психопатологическом изучении различных вариантов раннего детского аутизма отмечено, что в клинической картине процессуального РДА наряду с расстройствами речи, мышления и кататоническими стереотипиями наблюдаются поведенческие расстройства, часто в сочетании с нарушением эмоционально-волевой сферы в виде эмоциональной неадекватности с преобладанием тревоги и страха.



КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПАТОМОРФОЗ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ

Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Маликова А.Э., Сарбаева Н.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Каждая эпоха в развитии цивилизации может быть охарактеризована через отношение общества к проблеме психического здоровья, в частности — психического здоровья детей. Подростковый возраст имеет огромное значение на формирование личности в целом, как в социальном, так и в биологическом плане.

Цель исследования заключалась в установлении клинко-трансформационных закономерностей отклоняющегося поведения у подростков разных поколений.

Материалы и методы исследования. Для исследования патоморфоза отклоняющегося поведения у подростков амбулаторного контингента было сформировано две группы. Первая представляла собой данные полученные от 152 подростков (79 юношей и 73 девушки) в возрасте 15-17 лет, которые прошли клиническое обследование на базе поликлиники АОПНД.

Результаты исследования. Для исследования патоморфоза отклоняющегося поведения у подростков, получавших амбулаторную помощь у психиатра, нами было клинически обследовано и проведено сравнение двух групп подростков с поведенческими нарушениями. Первая группа представляла собой данные полученные от 152 подростков 15-17 лет, которые были обследованы в амбулаторном отделении Алтайского краевого психоневрологического диспансера для детей. Вторая группа набиралась из архивных данных. Были проанализированы 147 историй болезни пациентов родившихся в период с 1970 по 1979 годы и наблюдавшихся в подростковом возрасте амбулаторно у психиатра по поводу расстройства поведения. Данный временной период был выбран постольку, поскольку средний интервал между поколениями составляет 25 лет.

Что касается уходов из дома и бродяжничества, то современные подростки уходили из дома раньше, чаще и на более продолжительное время по сравнению с предыдущим поколением. И регистрировалась данная форма отклоняющегося поведения больше у современных подростков — 78,9 % человек, чем у подростков прошлых лет - 48,3 %.

Вывод. Уровень вовлеченности в различные формы отклоняющегося поведения более высокий и возраст первых проявлений поведенческих нарушений более ранний у современных подростков по сравнению с подростками предыдущего поколения.



КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К., Муминов Р.К., Маликова А.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы исследования. Аутистические расстройства (АР) детского возраста являются одной из наиболее актуальных проблем в психиатрии в силу роста показателей распространенности, сложностей своевременной диагностики и комплексной коррекции.

Цель исследования - выделение дифференциально-диагностических клинико-психопатологических признаков основных клинических вариантов аутистических расстройств у детей, дополненных результатами клшшко-этологического исследования.

Материалы и методы исследования. Клинико-психопатологическое исследование и изучение особенностей НП проведено у 215 детей в возрасте от 2 до 7 лет (40 девочек и 175 мальчиков, соотношение 1:4,4), в клинической картине заболевания которых наблюдались АР в рамках детского аутизма (F84.0), атипичного аутизма (F84.1), синдрома Аспергера (F84.5), детского типа шизофрении (F20.8x3) по МКБ-10.

Результаты исследования Наиболее существенные различия в особенностях раннего онтогенеза между группами ($p < 0,001$) касались развития речи - задержка речевого развития отмечена у 72,1% больных, при этом она встречалась у абсолютного большинства в группах УО (98,6%), СК (89,5%) и РО (81,8%), и напротив, только у пятой части детей из группы СА (19,4%) и четверти пациентов ДШ (24,1%). Следует подчеркнуть возможность некоторого отставания в развитии речи при СА в отличие от широко распространенного мнения, что при данном расстройстве всегда имеется опережение в речевом развитии. Наличие задержки развития речи дает основание некоторым авторам для исключения диагноза синдрома Аспергера и диагностики высокофункционального детского аутизма.

Две трети пациентов группы СА (67,7%) и около трети групп РО (31,8%) и ДШ (31,0%) отличались опережением речевого развития. Регресс речи отмечен у многих детей групп РО (43,2%), ДШ (41,4%) и СК (31,6%).

Выводы. У детей с АР клинико-этологический метод можно расценивать как базовый (ведущий), так как он позволяет анализировать НП и выделять типологические (психопатологические) особенности, уточняя дополнительные признаки клинической картины и поведенческие симптомы с целью диагностики и дифференциальной диагностики.



КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К., Муминов Р.К., Маликова А.Э.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы исследования. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), жестокое обращение с детьми включает в себя все формы физического, эмоционального и сексуального насилия, пренебрежения и эксплуатации и тем самым причиняет фактический или потенциальный вред здоровью ребенка, его развитию или достоинству.

Цель исследования: выявить клинические и возрастные особенности психических расстройств у детей-жертв СН семейного и внесемейного типа и разработать основы медико-психологической коррекции.

Материалы и методы исследования. Первую группу составили 35 детей (51% всей выборки), подвергшихся семейному СН (11 мальчиков и 24 девочки). Среди них было 20 детей раннего возраста (от 2 до 3 лет - 29%) и 15 детей дошкольного возраста (от 3 до 6 лет — 22%). Вторую группу составили 33 ребенка (49% выборки), подвергшихся внесемейному СН (11 мальчиков и 22 девочки). Среди них было 18 детей раннего возраста (от 2 до 3 лет — 27%) и 15 детей дошкольного возраста (от 3 до 6 лет-22%).

Результаты исследования. В рамках настоящего исследования под наблюдением находились дети раннего и дошкольного возраста, которые подвергались сексуальному насилию. В зависимости от типа сексуального насилия (семейного или внесемейного) и возраста все обследуемые были разделены на две группы.

Была сформирована катamnестическая группа, в которую вошло 38 детей (56% от общей выборки): 20 (53%) из условий семенного насилия и 18 (47%) из внесемейного, в числе которых преобладали девочки 25 (66%). Мальчиков всего - 13 (34%). Дети раннего возраста (2-3 лет) - 20 (53%), дошкольного возраста (3-6 лет) - 18 (47%).

Вывод. Таким образом, используемые нами коррекционные методы для нормализации состояния детей раннего и дошкольного возраста перенесших СН, проведенных в соответствие с вышеописанными принципами — эффективны в отношении ограниченного круга расстройств: тревожных, депрессивных, поведенческих нарушений.



ОСОБЕННОСТИ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИНАМИКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Аграновский М.Л., Мирзаев А.А., Маликова А.Э., Муминов Р.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В статье приводятся современные данные о методах преодоления терапевтической резистентности у больных рекуррентной шизофренией и оценивается доказанность их эффективности. На основании разделения терапевтической резистентности на отдельные типы предложен дифференцированный подход к применению различных психофармакологических и нелекарственных методов ее преодоления. Обсуждается вопрос возможности ее профилактики.

Цель исследования. Оптимизировать процесс диагностики РШ с целью улучшения ближайших и отдалённых исходов лечения и профилактики пациентов, страдающих данным заболеванием.

Материалы и методы исследования. Для выполнения задач исследования было проведено изучение группы пациентов, на протяжении болезни которых отмечались периоды смены диагнозов, которые не могли бы быть объяснены патоморфозом заболевания.

Объектом исследования являлся процесс диагностирования аффективной патологии у пациентов психиатрического стационара, механизм выбора терапевтической тактики лечащим врачом и влияние выбранного метода лечения заболевания.

Предметом исследования стали пациенты, имеющие к моменту включения в исследования длительный период заболевания, в течение которого как минимум один раз происходила смена диагноза с аффективных расстройств на расстройства группы шизофрении либо наоборот.

Обсуждение. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни указанных пациентов. Для сбора и последующей обработки была создана регистрационная карта, в которую вносились данные, касающиеся анамнеза заболевания, семейного положения, социального и трудового статусов, клинической картины приступа, схем купирующей терапии, противорецидивной терапии, получаемой пациентом в период предшествующей интермиссии, длительность и качества указанной интермиссии, наличия изменений в различных сферах функционирования со времени начала заболевания по каждому клиническому случаю.

Каждый приступ оценивался со времени появления первых его признаков, в качестве даты окончания купирующей терапии принималась дата выписки пациента, либо дата перевода пациента на режим домашних отпусков либо наличие записи в истории болезни, констатирующей стабилизацию состояния и необходимость дальнейшего нахождения в больнице по социальным показаниям. За качественную интермиссию



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



принимался межприступный промежуток с отсутствием резидуальной симптоматики и полным восстановлением психосоциального функционирования.

В ходе работы было обнаружено, что смена диагноза у отдельно взятого пациента обычно происходила при госпитализации или переводе в другое отделение (33,3% случаев). Частота смены диагнозов внутри одного отделения, тем более одним и тем же специалистом была значительно реже (12,8%).

Пациенты, которые за время работы по набору материала госпитализировались в ПБ, осматривались лично (38 человек – 41,3%). В этом случае в качестве дополнительного инструмента верификации диагноза и для уменьшения вероятности субъективного влияния использовалось структурированное клиническое диагностическое интервью (SCID). В остальных случаях суждение о диагнозе ставилось на основе анализа информации из всех доступных историй болезни.

Верификация диагнозов проводилась с учетом особенностей клинической картины, длинника заболевания и течения межприступных периодов. У всех включенных в исследование пациентов, отмечался бездефектное, фазное течение заболевания, обострения которого характеризовались аффективными расстройствами настроения (в том числе с неконгруэнтной аффекту психотической симптоматикой), а в межприступные промежутки не прослеживалось дефекта психических функций. На основании выполненного анализа информации и соотнесения полученных данных с диагностическими критериями МКБ-10 был сделан **Вывод**, что все анализируемые больные относятся к группе пациентов с различными вариантами течения БАР. Изучался процесс назначения терапии пациентам исследуемой группы.

В изученной выборке случаи использования атипичных антипсихотических препаратов были крайне редки, намного чаще применялись классические нейролептики. Детальное сравнение этих групп будет проведено дальше. В связи с относительно небольшой величиной мы не проводили разделения по группам антидепрессантов.

В качестве нормотимиков пациентам назначался либо карбонат лития, либо карбамазепин, либо вальпроаты. Использования иных препаратов с нормотимической активностью не отмечалось. В качестве анксиолитиков использовались преимущественно диазепам и феназепам. В дальнейшем анализе учтены только случаи использования указанных препаратов в качестве базисной терапии, исключая случайные, либо однократные назначения. Факт использования нормотимиков и антидепрессантов учитывался только при условии адекватной (соответствующей клиническим рекомендациям) дозировки и продолжительности приема.

В заключение необходимо остановиться на некоторых практических рекомендациях, вытекающих из анализа современных данных о механизмах формирования, методах коррекции и профилактики терапевтической резистентности у больных рекуррентной шизофренией. При низкой эффективности лечения необходимо оценить его адекватность, в том числе путем сопоставления индивидуальных клинических особенностей заболевания и спектра психотропной активности назначенного лечения.



Важно оценить возможность несоблюдения больным режима терапии, особенно при амбулаторном лечении, или снижения активности нейролептика за счет лекарственного взаимодействия с лекарственными другими средствами. После исключения перечисленных факторов необходимо рассмотреть вопрос о введении в терапевтическую программу методов преодоления терапевтической резистентности. В настоящее время с позиции доказательной медицины подтверждена эффективность клозапина и электросудорожной терапии. Поскольку возможность проведения электросудорожной терапии ограничена, обычно приходится останавливаться на психофармакологическом подходе (терапия клозапином).

Польза применения других лекарственных средств и других методов остается спорной, хотя нельзя исключить их высокую эффективность у некоторых групп больных. При выборе лечения мы рекомендуем использовать предложенный выше дифференцированный принцип применения различных методов интенсификации лечебного воздействия

Вывод. Рекуррентная шизофрения является одним из типов течения такого психического заболевания, как шизофрения. Приступы возникают периодически, и никто не знает точно, когда именно человек станет жертвой обострения. Крайне важно не упустить момент начала приступа рекуррентной шизофрении, так как во время него больной способен сделать асоциальные, опасные для жизни окружающих и себя самого поступки.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ

Аграновский М.Л., Джураев Н.Н., Усманова. М.Б.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Самоубийство в человечестве является одна из самых вечных актуальных проблем. Как считают исследователи, явления сугубо антропологическое [1.2]. Число суицидов в Узбекистане в 2020 году составило 7,4 на 100 000 человек, а общее число среди женщин совершивших суицид составило больше 900. Рост суицидов среди женщин в нашей республике свидетельствует об актуальности этой проблемы и необходимости ее дальнейшего изучения. За последнее пятилетие число самоубийств среди молодежи и женщин в Андижанском регионе выросло в 3 раза. Это проблема не только психиатрии, а также является проблемой Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Цель исследования: изучить клиническую картину психопатологических состояний после незавершенных суицидов и характерологические особенности личности суицидентов (преморбид и их характер).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Материал и методы исследования: Для решения поставленных задач были обследованы лица, находившиеся после суицидальной попытки в токсикологическом, ожоговом, нейро-реанимационном и хирургическом отделениях Андижанского филиала РЦЭМ. Нами было изучено 210 пациентов с незавершенными суицидами. Из них только 2 повторяли суицидальную попытку. По нашим данным 210 суицидентов, совершивших попытку самоубийства не состояли на диспансерном наблюдении. Контрольная группа состоит из 60 лиц (здоровые люди - добровольцы, из числа рабочих, служащих, учащихся студентов). Обследование суицидентов проводилось клинико-психологическими, патопсихологическими, анамнестическими и клинико-катамнестическими методами.

Результаты исследования: Как показывает анализ, суицидальных действий, у обследованных нами суицидентов, суицидальное поведение большинства из них было связано с воздействием реальных объективно и субъективно тяжелых психотравмирующих факторов среды, вызывающих фрустрацию жизненно важных потребностей личности и ее социально-психологическую дезадаптацию.

Соотношение мужчин и женщин в основной группе, совершивших суицидальные попытки было соответственно 76 (36,2 %) и 134 (63,8%). Анализ возрастно-половой характеристики лиц, совершивших суицидальную попытку показывает доминирование мужчин в возрастной группе 22 – 29 лет (29,7 %), а женщин в возрастной группе 19-29 (42,8 %). Суициденты, которых мы обследовали не состояли на диспансерном наблюдении. При обследовании у них диагностированы ситуационные реакции у практически здоровых лиц и лиц с акцентуациями характера.

Среди суицидентов наиболее часто встречались лица с истероидными 34 (16,2%), гипертимными 33 (16,0%) и эмотивно- лабильными чертами личности 32 (15,2%). Значительно реже встречались шизоидные, эпилептоидные и психастенические личности.

При изучение психопатологического состояния тематических больных после незавершенного суицида было выявлено чаще астеническое состояние 105 тематических больных (50,0%), депрессивное состояние 79 тематических больных (37,6 %), фобическое состояние 26 тематических больных (12,4%).

Вывод: Суицид является сильным психотравмирующим фактором после чего развиваются психопатологические расстройства. Среды женщин суицидентов фертильного возраста со средним образованием, большинство составляет женщины состоящие в браке.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ СУИЦИДОВ.

Аграновский М.Л., Джураев Н.Н., Усманова. М.Б.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. За последнее пятилетие число самоубийств среди молодежи в Андижанском регионе выросло в 3 раза. Это проблема не только психиатрии, но и всей



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



медицины в целом. Это является и актуальнейшей социальной проблемой. Поскольку среди суицидентов преобладали практически здоровые и лица с пограничным расстройством особый интерес представляет изучение психологических особенностей личности суицидентов. Это объясняется тем, что суицид является индивидуальной поведенческой реакцией, обусловленной не только социально - средовыми факторами, но и психологическими и патопсихологическими особенностями личности в экстремальных жизненных обстоятельствах

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось выявление социальных причин суицидов.

Материал и методы исследования. Нами было изучено 210 незавершённых суицидов. По нашим данным 210 суицидентов, совершивших попытку самоубийства, не состояли на диспансерном наблюдении. Проведенные нами исследование и анализ репрезентативного материала дают основание классифицировать мотивы и поводы суицидальных поступков на следующие группы: 1. Лично – семейные конфликты. 2. Материально – бытовые трудности. 3. Конфликты в профессиональной и учебной сфере. Обследованные суициденты по следующим причинам совершили суицидальные попытки: лично – семейные конфликты 53(47,7 %), доказать свою значимость 9 (7,0%), непонимание их чувств 25(23,8 %), оскорбление со стороны окружающих и материально – бытовые трудности 6 (5,7 %).

Результаты и обсуждения. Как показывает анализ суицидальных действий, у обследованных нами суицидентов, суицидальное поведение большинства из них было связано с воздействием реальных объективно и субъективно тяжелых психотравмирующих факторов среды, вызывающих фрустрацию жизненно важных потребностей личности и ее социально-психологическую дезадаптацию.

Возраст изученных пациентов в момент обследования колебался от 15 до 60 лет. Основную массу суицидентов обследованной популяции составят лица, достигшее юношеского возраста: 210 больных (64,5 %) были 15-29 летние.

Конфликты в личной и семейной сферах явились преобладающими мотивами суицидальных поступков. К ним относятся несправедливая отношение (оскорбления, обвинения, унижения) со стороны родственников и окружающих, недостаток внимания, заботы со стороны окружающих. Исследование показали, что родители становятся главной причиной самоубийства. Материально – бытовые трудности суицидальные действия, обусловленные данным мотивом, в последние годы встречается чаще. Это связано с экономическими трудностями переходного периода, увеличение число не имеющих постоянной работы.

Вывод. Суицидогенные мотивы, связанные с работой или учебой, были обусловлены в одних случаях собственной несостоятельностью, неудачами, несоответствием своих способностей характеру предъявляемых требований, падением престижа. Семья выполняет три базовых функции: эмоциональную, экономическую, воспитательную. В наши жизни эти функции редко выполняется.



СУИЦИДЫ И АЛКОГОЛИЗМ

Аграновский М.Л., Джураев Н.Н., Усманова. М.Б.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Наркомания и алкоголизм становятся одной из наиболее актуальных проблем медицины. В семьях где злоупотребляют спиртные напитки и наркотики, там нарушается здоровы облик жизни. У детей которые воспитываются в этих семьях отмечаются психологические нарушение.

Целью исследования явилось изучение семейного алкоголизма и суицидов.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами были обследованы 210 незавершённых суицидов. Следует отметить, что большинство из них являются подростки. За каждым таким случаем стоит личная трагедия, безысходность, когда страх перед жизнью побеждает страх смерти.

Результаты исследования. Основные причины самоубийств семейные и микросоциальные факторы. Изучение мотивов суицида показало, что важное значение в генезе суицидального поведение имеют семейные конфликты.

Самоубийств наиболее часто отмечались в семьях где употребляли алкогольные напитки. Такие родители не могут создать нормальные условие для развития ребёнка, у таких детей отсутствуют социальная поддержка родителей и окружающих. Дисгармоничные формы воспитание способствует формированию и закреплению тех или иных акцентуацией.

Характера, а нередко и являются причиной патохарактериологического развития личности. Решаются на такой шаг как правило, замкнутые, ранимые по характеру подростки от ощущения одиночества, собственное ненужности, стрессов и утраты смысла жизни. Такие дети, погруженные в мысли о самоубийстве, как правила, чувствуют себя одинокими, беспомощными и отверженными. Подростки, которые злоупотребляют алкоголем или наркотиками чаще предпринимают попытки уйти из жизни. Известно, что около 80% людей, которые предприняли попытку самоубийства, сделали это после приема алкоголя.

Алкоголь - это депрессант. После продолжительного периода депрессии, они внезапно могут стать очень жизнерадостными, потому что «нашли выход из положение», решив покончить с собой.

Многие будут правы, если скажут: такие дети нуждаются в помощи специалистов. Помощь педагога в заблаговременном выявлении таких детей может выразиться в том, что – часто общаясь с ребёнком он может увидеть признаки проблемного состояния: апатию, напряжение, агрессивность и т.п.

Выводы:Такая роль педагога приносить свои плоды. Важно лишь педагогу вложить в такую работу искреннего сочувствия и душевного тепла.



ТАБАЧНЫЙ ЗАВИСИМОСТЬ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Аграновский М.Л., Усманова. М.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. По данным эпидемиологических исследований 50% взрослого мужского населения на земном шаре курит. В последние десятилетия этой пагубной привычки подверглись и женщины. Многочисленными исследователями установлено влияние курения на возникновение и развитие атеросклеротических заболеваний.

Так, окись углерода, содержится в сигаретном дыме до 26%, образуя в крови до 20% карбоксигемоглобина, вызывая гемическую гипоксию, ведущую к развитию тканевой гипоксии, повреждению сосудистых клеток и увеличению риска развития атеросклеротических изменений. Наряду с нарушением структуры сосудов, снижается метаболизм липопротеидов низкой плотности, что ведет их к отложению в сосудистой стенке, увеличивая продукцию катехоламинов, способствуя повышению концентрации липидов крови, и атеросклеротическим образованиям в сосудах. Токсическое действие никотина затрудняет усвоение витамина С, что также способствует отложению в стенках сосудов холестерина и нарушению микроциркуляции.

Ряд исследователей отрицает связь курения с уровнем липидов, в частности, холестерина.

Цель работы - учитывая сказанное изучить влияние курения на течение атеросклеротического процесса в аорте и коронарных артериях на секционном материале у коренного и некоренного населения по возрастным группам.

Материалом исследования послужили 370 случаев курящих практически здоровых лиц, и 81 случай, умерших от сердечно – сосудистых заболеваний. В группе некурящих соответственно практически здоровых лиц 130 случаев, умерших от сердечно – сосудистых заболеваний – 14 случаев.

Результаты исследования - по нашим наблюдениям анализ результатов исследования в группе практически здоровых лиц показал, что общая площадь атеросклероза аорты и коронарных артерий у курящих мужчин населения была всегда больше, чем у некурящих мужчин. Если у некурящих мужчин она составляла в грудной аорте 16,2% и в брюшной аорте 16,8%, то у курящих мужчин общая площадь атеросклероза составила в грудной аорте 18,4% и 25,6% в брюшной аорте.

В коронарных артериях между группами курящих и некурящих мужчин выявлена такая же закономерность.

Площадь фиброзных бляшек, осложненных поражений и кальциноза в аорте и коронарных артериях была достоверно больше у курящих мужчин. В целом площадь возвышающихся поражений у населения в аорте и коронарных артериях была достоверно больше у курящих мужчин во всех возрастных группах. У умерших от сердечно – сосудистых заболеваний площадь различных видов атеросклеротических поражений в



аорте и коронарных артериях в сравниваемых группах была выше у мужчин с фактором риска.

Выводы: таким образом, проведенное сравнение с учетом наличия или отсутствия фактора риска курения показало, что курение предрасполагает к более тяжелому развитию атеросклероза.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ГИПЕРТОНИИ.

Аграновский М.Л., Усманова. М.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Введения. Тревога известна каждому. Много испытывают ее ежедневно. Тревога – это сигнал об угрожающих изменениях в организме или внешнем мире. Тревога являются наиболее часто встречающимся психическими расстройствами в общемедицинской сети.

Цель исследования. **Целью** нашего исследования явилось выявление особенностей тревожной симптоматики в клинике гипертонии.

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

Результаты исследования. В группе этих больных было отмечено нижеследующие расстройств: часто встречающимся головные боли, тошнота, рвота, боли в области сердца, тревога представляет собой чувство напряжения, ожидания, дискомфорта, первый объективными признаками (учащенное дыхание, мышечное напряжение, дрожь и т.п.), второй психовегетативный (снижение настроения, сердцебиение, потливость, приступы головокружения, одышка, колебания настроения). Эта симптоматика возникала при физических и психоэмоциональных нагрузках, при обострении хронических заболеваний. Все наблюдаемые пациенты обращались к врачам общего профиля, где лечились с диагнозом «гипертонии» и получали соответственно терапевтическую помощь. Но особого эффекта от лечения не получали, так как все больные предъявляли жалобы на плохой сон, повышенную раздражительность, снижения настроения, тревога, фобии, снижения работоспособности, утрату интересов. После назначения даже малых доз психотропных препаратов, состояние 27 (67,5 %) больных улучшилось в первую неделю, исчезли тревога.

Выводы. В связи с этим целесообразнее назначение психотропных препаратов в терапевтической практике.



ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ

Аграновский М.Л., Джураев Н.Н., Усманова. М.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Суицидология в настоящее время является одним из актуальных разделов современной психиатрии. Это обусловлено тем, что самоубийства занимают первое место среди смертности населения. В последние годы пандемия вируса COVID-19 повлияла на увеличение частоты суицидальных попыток из-за огромного морального и материального ущерба, который наносит обществу проблеме самоубийств. Самоубийства ежегодно совершают более 1 миллиона человек в мире.

Цель исследования: Изучить социально – психологические особенности и психопатологическую картину суицидентов с незавершенных суицидов, а также эффективность седативной терапии и включая психотерапию для оказания неотложной помощи при них.

Материалы и методы. Нашей задачей было обследовать лиц, находившихся после суицидальной попытки в токсикологическом, ожоговом, нейрореанимационном и хирургическом отделениях Андижанского филиала РЦЭМ. Нами было изучено 210 пациентов (муж-76, 36,2%; жен-134, 63,8%) с незавершенными суицидами. Из них только 2 повторяли суицидальную попытку. По нашим данным 210 суицидентов, совершивших попытку самоубийства не состояли на диспансерном наблюдении. Обследование суицидентов проводилось клинико-психологическими, патопсихологическими, анамнестическими и клинико-катамнестическими методами.

Результаты и обсуждения. **Результаты** показали, что анализ суицидальных попыток у обследованных нами пациентов, а также суицидальное поведение большинства из них было связано с воздействием реальных объективно и субъективно тяжелых психотравмирующих факторов среды, вызывающих фрустрацию жизненно важных потребностей личности и ее социально-психологическую дезадаптацию.

Соотношение мужчин и женщин в основной группе, совершивших суицидальные попытки было соответственно 76 (36,2%) и 134 (63,8%). Анализ возрастно-половой характеристики лиц, совершивших суицидальную попытку показывает доминирование мужчин в возрастной группе 22 – 29 лет (20.0 %), а женщин в возрастной группе 15-29 (41.4 %). Суицидальные попытки наиболее часто совершаются независимо от пола в наиболее трудоспособном возрасте от 16-30 лет.

Наши данные подтверждают, что родственники жертв суицида имеют повышенный риск, в этот риск вносят свой вклад как гены, так и общая среда. Генетические предрасположенности в семьях передаются вместе со средовыми рисками, что формирует цепь взаимосвязанных событий.

При достижении эффективности лечения у 150 обследованных пациентов (основная группа) были назначены антидепрессанты, транквилизаторы и психотерапия.



Из них, выздоровевшие составили 109 (72,7%), значительно улучшенные отмечались у 27 (18,0%), а незначительно улучшенные у 14 (9,3%) пациентов.

Вывод: Суицид является сильным психотравмирующим фактором после чего развиваются психопатологические расстройства. В лечение тематических больных важное значение имеет комплексная терапия, сочетающаяся с психотерапией.

ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Адилова Г.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Пандемия COVID-19 явилась собой одним из самых тяжелых кризисов для общества и здравоохранения за последнее десятилетие. Имея массу неблагоприятных последствий для общества, подобные эпидемии всегда связаны с неблагоприятными последствиями для психического здоровья.

Полученные данные свидетельствуют о том, что частота симптомов тревоги и депрессии составляет в среднем от 16 до 28%, нарушениями сна и в 8% случаев сопровождается выраженным стрессом, что исходя из современных представлений о работе психики является общими психологическими реакциями на пандемию COVID-19. Некоторые индивидуальные переменные уменьшают выраженность симптоматики.

Тогда как некоторые группы, могут обладать более высоким риском развития или обострения психических расстройств. Имеющиеся публикации ограничены наиболее постаревшими странами, не раскрывая данных о других странах или частях света.

Цель исследования. Оценка влияния вспышки острой респираторной инфекции, вызванной разновидностью коронавируса на психическое здоровье трех основных групп населения переболевших, врачей оказывающих помощь больным и остальное население находящиеся в строгих социально ограничительных мерах.

Методы исследования. В первую очередь наибольший интерес представляют исследования проведенные при помощи современных технологий.

Результаты исследования. Депрессивные симптомы от умеренной до тяжелой степени были выявлены у 16,5%; у 28,8% отмечались симптомы тревоги от умеренной до тяжелой; 8,1% респондентов ответили, что испытывают крайне тяжелый стресс.

Респонденты, лица находящиеся на изоляции 1-4 дней и более (n=170) Средний бал шкалы тревоги составил $55,4 \pm 14,3$ балла, что соответствующую уверенному уровню тревоги у исследуемых. Регистрируемая тревога коррелировала с выраженным стрессом и отрицательно влияла на качество сна и социальные взаимоотношения. Причем уровень социального взаимодействия положительно корректировал с качеством сна, т.е. Чем меньше у человека имелось социальных взаимоотношений в данный момент времени, тем лучше был его сон.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Средний бал шкалы тревоги составил $55,3 \pm 14,2$; Причем что тревога положительно коррелировала со стрессом и отрицательно с качеством сна, социальной поддержкой и эффективностью.

Также данные исследования показывают следующие особенности - женщины имеющие симптомы ОРВИ и считающие свой иммунитет «плохим», имели более высокие показатели тревоги и депрессии. Тогда как информирование данной группы об основных проявлениях и специальных профилактических мерах - достоверно снижало тревогу и депрессию.

В связи с быстрой развития, большинство авторов основывается на литературных источниках Китая, или теоретических моделях разработанных в прошлые пандемии. Так исследователи из Ирана (Zandifar and Badrfam), подчеркивают роль непредсказуемости, неопределенности и неизвестности в серьезности заболевания, дезинформации в СМИ и социальной изоляции в утяжеление имеющегося стресса и увеличении количества психических расстройств в популяции.

Авторы подчеркивают необходимость обязательного участия психиатрических служб во время социальной изоляции. Авторы Dong and Bouey подчеркивают, что в странах с высокими цифрами заболеваемости весьма вероятно произойдет кризис в психиатрической помощи, что возможно было избежать, более активно привлекая данную службу в борьбу с пандемией. Ученые из Японии (Shigemura et al.), подчеркивают экономическое воздействие COVID- 19 на благосостояние населения и прямую корреляцию с нарастанием уровня страха и панического поведения в связи с этим, накопление и сбор ресурсов, в общей популяции. В официальном отчете Duan and Zhu, указано, что в отличие от остальных стран, Китай поздно включил психологическую и психиатрическую

помощь в протоколы по лечению и оказание помощи при ЧС, что привело к более быстрому нарастанию заболеваемости психическими расстройствами и их сохранению

Вывод. Несмотря на пандемию и малое количество исследований, со стороны психиатров и смежных специалистов в течении короткого времени были предложены рекомендации сохранению психического здоровья среди населения в целом, среди работников здравоохранения и уязвимых групп населения. Хотя качество доказательств в доступной литературе является относительно низким, оно все же содержит многочисленные ценные наблюдения и предложения для всех специалистов, работающих в области психиатрии, независимо от того, связаны ли они с психиатрическими или общими больницами или работают в обществе.

Поскольку число пациентов, затронутых этой пандемией, продолжает расти, профессия психиатра, особенно в азиатских странах, сталкивается как с проблемой, так и с возможностью; проблема преодоления многочисленных барьеров и ограничений, указанных в вышеприведенной литературе, а также возможность реализации тех предложений или рекомендаций, которые осуществимы на местном или региональном уровне.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПТОГЕННОГО ОЧАГА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Адилова Г.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы в эпилептологии всё больший интерес приобретает изучение роли лобных долей головного мозга, что, по всей видимости, связано не только с высокой частотой встречаемости лобнодолевых форм (второе место после височно-долевой эпилепсии), но и большим полиморфизмом приступов, многогранностью патогенетических звеньев в структуре патологической эпилептической системы, а также отсутствием должного эффекта от терапии почти у трети больных фронтальной эпилепсией (ФЭ).

Цель исследования. Целью исследования является выявление, лечение и профилактика ранней эпилепсии среди населения

Материалы и методы исследования. Чтобы выполнить поставленную перед нами задачу, мы отобрали в общей сложности 110 пациентов, обратившихся к нам с эпилепсией для обследования.

Результаты исследования. У больных эпилепсией много проблем, касающихся работы, вождения машины, климата в семье, потомства и т.д. Представление об этиологии эпилепсии базируется на знании целого ряда экзогенных и эндогенных факторов, которые играют определенную роль в происхождении заболевания.

Амбулаторный мониторинг ЭЭГ (по типу холтеровского, АМЭЭГ) – способ обследования больных с эпилепсией и другими транзиторными неврологическими расстройствами. Показания к выполнению исследования те же, что и при проведении видеомониторинга, в тех случаях, когда нет необходимости наблюдения за поведением пациента. Часто используется при наличии ежедневных и нередких приступов, особенно в случае резистентной к противосудорожным препаратам форме эпилепсии; при возникновении сомнения в эпилептической природе приступов; если по данным ЭЭГ при рутинном обследовании не выявлено эпилептиформной активности; при наличии ночных приступов и отсутствии патологических форм активности при дневной записи ЭЭГ; в случаях возникновения приступов эпилептической и неэпилептической природы в определенных условиях естественного поведения.

В основе данной теоретической концепции лежит представление об эпилептогенном очаге (ЭО) как об области коры головного мозга, способной самостоятельно генерировать эпилептические припадки. Основным движимым фактором формирования данной концепции явился тезис о невозможности непосредственного определения локализации и протяженности ЭО с использованием современных диагностических методов. Исходя из этого утверждения, авторы предложили выделять ряд функциональных зон коры



головного мозга. Каждая из функциональных зон, определяемых в ходе проведения диагностики, с той или иной точностью указывает на локализацию ЭО

На практике данная концепция реализуется в определении латерализационного и локализационного значения выявляемых симптомагенных зон (СЗ), зон начала припадка (ЗНП) и зон раздражения (ЗР), а также сопоставления их между собой. Именно поэтому во многих исследованиях подчеркивается важность анализа семиотики эпилептических припадков (т.е. определения СЗ), анализа приступной и межприступной ЭЭГ (т.е. определения ЗНП и ЗР), а также сопоставления их относительно предполагаемой локализации ЭО

Анализ данных литературы подтвердил высокую **Актуальность** изучения вопросов комплексной диагностики симптоматической парциальной эпилепсии. В первую очередь, это связано с широкой распространённостью данной формы эпилепсии, частым резистентным течением, а также противоречивостью данных относительно информативности отдельных методов диагностики при лобной и височной эпилепсии. Важным результатом проведенного исследования следует считать отсутствие связи между дефицитом ИФ и противоэпилептической терапией. Аналогичные **Результаты** получены в работе L. Zamarian и соавт., в которой не выявлено корреляций ИФ ни с конкретными противоэпилептическими препаратами, ни с поли- или монотерапией.

Вывод. Кроме того широко изучена связь психопатологических нарушений с локализацией и латерализацией эпилептического очага, возрастом дебюта и длительностью заболевания. При поражении левого полушария головного мозга течение эпилепсии отличается значительной прогрессивностью и более быстрым формированием эпилептической деменции. У больных этой группы, особенно на ранних этапах болезни, описана склонность к астенодепрессивным переживаниям и ипохондрическим проявлениям. При поражении правого полушария более выражены эмоциональная возбудимость и импульсивность, истероформные реакции и недооценка тяжести своего состояния.

Течение эпилепсии лобной доли характеризуется нередко неблагоприятными тенденциями и более прогрессивно при преобладании более ранних экзогенных факторов в этиологии, начале заболевания с частых припадков, наличии грубых психопатологических расстройств и изменений на ЭЭГ органического типа. Прогноз зависит также от локализации очага в лобной доле.



ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Адихамжонов Ш.Б

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Как правило, большинство пациентов оперированных по поводу колоректального рака, страдает от целого ряда сопутствующих заболеваний и предрасположены к возникновению тромботических осложнений в раннем послеоперационном периоде. Адекватное послеоперационное обезболивание позволяет снизить риск кардиоваскулярных, дыхательных и гастроинтестинальных осложнений, обеспечить раннюю мобилизацию пациентов, что в сочетании с медикаментозной профилактикой снижает риск появления тромбов.

Целью данного исследования проведение ретроспективного аудита послеоперационного обезболивания после лапароскопических операций при колоректальном раке.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ послеоперационного обезболивания 98 пациентов, 56 женщин и 43 мужчин, в возрасте от 39 до 74 лет (средний возраст 49,7 лет), с индексом массы тела (Kg/m²) 59-83 (в среднем 62.1), которым в течение 2019-2022 гг были выполнены лапароскопические операции по поводу колоректального рака. Операции выполнялись под тотальной эндотрахеальной анестезией севофлюраном или пропофолом с добавлением фентанила. В качестве релаксанта использовался атракурия безилат в стандартной дозировке. Все пациенты по шкале анестезиологического риска (ASA) находились в категориях ASA II-III, не имели в анамнезе хронической боли. Состояние пациентов, адекватность обезболивания, развитие осложнений и их лечение оценивалось на основании анализа анестезиологических протоколов, листов лечения боли, листов интенсивной терапии. Для послеоперационного обезболивания все пациенты получали перфолган (парацетамол) в дозе 1г 2 раза в сутки. 63 пациента - в сочетании с непофаном (акупан). У 5 пациентов имелись противопоказания к применению непофана (повышенные или пограничные значения креатинина крови). Парацетамол и непофан всем пациентам назначались регулярно внутривенно и внутримышечно. Кроме того, всем пациентам назначался «по требованию»-непофан (акупан) 20 мг. внутримышечно. Послеоперационная анальгезия была адекватной у всех пациентов: по 10-ти бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) ≤ 3. Указанные выше значения были достигнуты у всех пациентов в первые три часа после операции. Пациенты находились в палате пробуждения или палате интенсивной терапии анестезиолого-реанимационного отделения, персонал которых, при необходимости, осуществлял титрование нужной дозы непофана (акупана). 19 пациентов не нуждались в опиоидах вообще, у 17 пациентов наблюдалась потребность в непофане (акупане) и на



следующий день после операции. Потребность в непофанае (акупанае) наблюдалась у 23 пациентов: 1 сутки - 16 пациентов; 2 суток - 4; 3 суток - 2; 4 суток - 1 пациент. Дозы акупана колебались в крайне широких пределах и не были связаны с индексом массы тела пациента. Двум пациентам потребовалось повторное хирургическое вмешательство: ревизия раны и диагностическая лапароскопия. Им необходимо было более длительное послеоперационное обезболивание. Наиболее часто встречающимся осложнением была послеоперационная тошнота и рвота: у 39 пациентов (47,1%). Нам не удалось выявить зависимость частоты и интенсивности послеоперационной тошноты и рвоты от факта применения или дозы введенного трамадола.

Результаты и обсуждение. Используемая методика проста в применении, позволяет добиться у всех пациентов адекватного послеоперационного обезболивания, учитывая их индивидуальные особенности и потребности. Столь значительный разброс в необходимых дозах Непофана (акупана) объясняется индивидуальными особенностями пациентов и не связан с хирургической техникой и массой тела. Выраженность боли и потребность в непофанае в первые сутки - вопрос индивидуальной чувствительности пациента. Наличие выраженного болевого синдрома на второй и последующие дни после операции необходимо рассматривать как признак возможного хирургического осложнения: инфекции, несостоятельности швов, частичной или полной непроходимости кишечника. Полученных данных недостаточно, чтобы утверждать, что при данном типе операций частота и интенсивность послеоперационной тошноты и рвоты связана в первую очередь с выбором анестезиологического пособия, тем более нет оснований давать рекомендации по данному вопросу, который требует дальнейшего пристального изучения.

Выводы. 1. При выполнении лапароскопических операций при колоректальном раке послеоперационное обезболивание должно состоять из регулярного назначения перфолгана (парцетамола) в комбинации с акупаном при отсутствии противопоказаний. 2. Включение акупана в схему лечения, начиная со вторых суток, обосновано и целесообразно. 3. Мониторинг динамики болевого синдрома позволит заподозрить наличие хирургических осложнений на раннем этапе.

ВОПРОСЫ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ

Адихамжонов Ш.Б

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Внутричерепная гипертензия (ВЧГ), почти всегда встречается у больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами (ТЧМТ), и является приоритетным направлением



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



современной нейрореаниматологии. Одним из методов устранения ВЧГ при поражениях головного мозга, является применение искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в составе комплексной терапии. На сегодняшний день недостаточно изучено воздействие ИВЛ на системную и цереброваскулярную гемодинамику при различных режимах респираторной поддержки. Все это определяет необходимость поиска оптимального режима и разработку дифференцированных показаний к ИВЛ в интенсивной терапии больных с ТЧМТ.

Цель исследования. Изучение и анализ динамики показателей внутричерепного и церебрального перфузионного давления (ЦПД) в условиях применения различных способов вентиляции легких у больных с ТЧМТ.

Материалы и методы. Изучены результаты обследования и лечения 40 больных с ТЧМТ. Составлены 3 группы в зависимости от применяемого способа вентиляции: 1 группа – VIPAP (n=10) - FiO₂– 40-45%, P_{in}– 15-20mbar, P_{asb}– 30-35mbar, PEEP > 6 mbar; 2 группа – SIMV (n=10) - FiO₂– 50-60%, P_{in}– 10-15mbar, P_{asb} – 20-25mbar, PEEP > 8 mbar; в 3 группе проводили струйную высокочастотную искусственную вентиляцию легких (sHFJV) на аппарате Zisline JV100 исполнение В (TriTON, Россия) (n=20) - ЧД- 100-130в мин., ДО–100–150мл, рабочее давление 3 – 3,5 кгс/см², соотношение вдох / выдох 1:2. При этом пациенты легко адаптировались к респиратору. Средний возраст больных составил 35±2 лет. Уровень сознания – 17,1±3,2 баллов по шкале Glasgow-Pittsburg.

Проводилось нижеследующее: 1. инвазивное измерение ВЧД при помощи аппарата «Triton - Electronics» (Андижан, Узбекистан), во время всего периода проведения респираторной поддержки или до удаления дренажной трубки; 2. неинвазивное измерение ВЧД и мозгового кровотока (МК) методом транскраниальной доплерографии (регистрировались: средняя линейная скорость мозгового кровотока (Vm в см/с), пульсационный индекс (Pi), коэффициент овершута (КО)); 3. регистрация параметров исследования газового состава крови, проводилось не менее 4 раз в сутки на всем периоде респиратор-ной поддержки больных; 4. мониторинг гемодинамических показателей.

Интенсивная терапия у больных проводилась с поддержкой среднего артериального давления (СрАД) в пределах 100-120 мм.рт.ст..

Результаты обсуждения. После тщательного анализа исследуемых показателей у больных отмечалось отсутствие достоверных различий между этими режимами SIMV и VIPAP в параметрах газового состава капиллярной и венозной крови, взятой из луковички внутренней яремной вены (SpO₂) и AVDO₂. Также при вентиляции в данных режимах отмечалось более низкое ВЧД - 31,7±1,7мм.рт.ст и более высокое ЦПД - 67,8±2,1 мм.рт.ст., умеренное нарастание показателя AVDO₂.- 39,19±2,8, а со стороны ауторегуляции мозгового кровотока угнетена – Vm см/с - 52,6±4,1, Pi - 1,60±0,1, КО - 1,23±0,02. Это свидетельствует о том, что процессы церебральной перфузии протекали в наиболее благоприятных условиях. Однако при сравнительном анализе этих режимов с sHFJV, видны значительные преимущества. Так ВЧД - 19,1±2,3 и ЦПД - 50,9±5,9, AVDO₂- 23,1±2,8,



$V_{тсм/с}$ - $57,8 \pm 7,1$, P_i - $1,39 \pm 0,2$, KO - $1,36 \pm 0,01$, что наиболее отличает высокочастотную вентиляцию легких физиологичностью и меньшим негативным влиянием на внутричерепное давление.

Вышеизложенное позволяет сделать вывод, что при проведении ИВЛ у больных с ТЧМТ главным принципом является достижение синхронности больного и респиратора. Независимо от применяемого режима, ИВЛ не должна сопровождаться увеличением ВЧД и $AVDO_2$, а обязана обеспечивать адекватную оксигенацию головного мозга. Этому требованию соответствует sHFJV в качестве респираторной поддержки при тяжелой черепномозговой травме, сопровождающейся внутричерепной гипертензией, так как сохраняется активная ауторегуляция мозгового кровообращения, способствующая стабилизации внутричерепного давления на более низком уровне. Таким образом, sHFJV имеет несомненные преимущества перед традиционными методами ИВЛ.

РОЛЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНЫХ БЕТА-БЛОКАТОРОВ В НЕЙРОАНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Адихамжонов Ш.Б

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Введение. Широкое применение в нейроанестезиологии препаратов, воздействующих на параметры системной гемодинамики (симпатомиметики, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов), значительно снижают ценность традиционных методов оценки адекватности глубины анестезии, основанных на стабильности гемодинамических показателей, что увеличивает вероятность как пробуждения пациента в ходе операции, так и передозировки анестетиков.

Цель работы. Изучить безопасность и эффективность применения препарата эсмолола как компонента анестезиологического пособия в нейрохирургической практике

Материалы и методы. В исследование включены 35 пациентов в возрасте $29,1 \pm 3,38$ лет, оперированных по поводу супратенториальных глиальных опухолей. Больные были случайным образом распределены на две группы, которые статистически существенного различия по гендерному признаку, возрасту, массе тела, степени анестезиологического риска, выраженности неврологической симптоматики, типу оперативного пособия не имели. Для оценки состояния пациентов в группах исследования интраоперационно проводился расширенный мониторинг с помощью анестезиологической станции GE Avance и монитора GE B 650, который включал в себя регистрацию ЭКГ, ЧСС, пульсоксиметрии, инвазивного артериального давления, концентрации углекислого газа и ингаляционного анестетика на вдохе и выдохе, уровни энтропии состояния (SE) и энтропии ответа (RE), состояния нейромышечного блока (TOF



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



стимуляция). В обеих группах в качестве анестезиологического пособия была выбрана эндотрахеальная анестезия на основе севофлурана и фентанила, нейромышечная блокада обеспечивалась рокурония бромидом. В первой группе (n=15) выполнялась быстрая последовательная индукция: фентанил 1,5 мкг/кг, пропофол 1,5 мг/кг, рокурония бромид 1,2 мг/кг; при достижении уровня энтропии (RE/SE) ниже 50/50 и TOF 0 выполнялась интубация трахеи, начиналась ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции (дыхательный объем 8-9 мл/кг; ETCO₂ 35–37 мм.рт.ст); поддержание анестезии осуществлялось севофлураном, контроль глубины седации основывался на оценке уровня энтропии (40 – 60 ед.); об эффективности анальгезии судили, главным образом, по стабильности гемодинамических показателей и разницы между показателями RE и SE (разница энтропий более 10 может свидетельствовать о недостаточности анальгезии); уровень нейромышечной блокады поддерживался на уровне TOF 0 на всех этапах операции с реверсией блока сугаммадексом в дозе 1 мг/кг после окончания работы хирургической бригады. Ведение пациентов второй группы (n=20) отличалось включением в схему анестезии эсмолола на этапе индукции в дозе 50 мг с последующей микроструйной инфузией 100 мкг/ кг/мин с

Целью создания управляемой гипотензии на всех этапах оперативного вмешательства. У всех пациентов оценивали гемодинамические ответы (величина систолического АД) на интубацию, кожный разрез и экстубацию, расход фентанила, показатели МАК анестетика, необходимого для поддержания энтропии в пределах 40 – 60 ед., время пробуждения пациента до уровня 2 баллов по шкале Ramsay.

Результаты. Во второй группе по сравнению с первой наблюдался меньший расход фентанила (492,1±55,9 мкг и 692,85±85,16 мкг соответственно; p≤0,01) и время пробуждения больных (38,8±3,7 мин и 45,6±7,4 мин; p≤0,01); гемодинамический профиль оставался более стабильным на всех этапах анестезиологического пособия: на этапе интубации (АДсист2 118,05±5,3 мм.рт.ст и АДсист1 139,78±7,97 мм.рт.ст.; p≤0,01); на этапе кожного разреза (АДсист2 117,05±4,2 мм.рт.ст и АДсист1 142,28±8,22 мм.рт.ст.; p≤0,01); на этапе экстубации (АДсист2 127,89±4,02 мм.рт.ст и АДсист1 144,57±8,89 мм.рт.ст.; p≤0,01). В тоже время, поддержание необходимого уровня седации требовало более высокой концентрации ингаляционного анестетика (МАК2 0,9±0,08 и МАК1 0,66±0,06; p≤0,01).

Заключение. Применение эсмолола позволило избежать нежелательных гемодинамических реакций в ответ на сильные раздражители (интубация, кожный разрез, экстубация), однако эффективность традиционных маркеров адекватности анальгезии (стабильность показателей АД и ЧСС) теряет свою ценность. Критерием достаточности обезболивания может служить разница показателей энтропий состояния и ответа. Использование этого показателя может отчасти объяснить меньшее количество фентанила, использованного у пациентов второй группы; в то же время нельзя исключить стресслимитирующее действие бета-блокатора, как фактора уменьшения потребности в опиоидах. В свою очередь, меньшее использование наркотических анальгетиков позволило добиться более быстрого пробуждения во второй группе наблюдения, что



особенно важно в нейрохирургической практике, так как это позволяет провести более ранний неврологический осмотр пациента. Более высокие показатели МАК, требовавшиеся для поддержания необходимого уровня глубины анестезии у пациентов второй группы, могут быть объяснены также более низкими дозировками фентанила, требовавшимися у этих пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАН С УЧЕТОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ УЧАСТИЯ ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ

Азизов Д.Т., К.К.Мирзаев., Ш.А.Тожибоев

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

Введения. Раневой процесс представляет собой сложный комплекс реакций, развивающихся в организме в ответ на повреждение тканей. С точки зрения общей патологии, заживление любой раны есть воспаление, которое последовательно проходит стадии альтерации (повреждения), экссудации (выхода жидкой части крови и клеток воспаления за пределы сосудистого русла) и пролиферации (восстановления утраченных тканей путем образования рубца).

За последние годы под влиянием различных факторов, в первую очередь мощного селективного действия антибиотиков, произошли значительные изменения этиологии раневых инфекций. Отчетливо прослеживается зависимость микрофлоры ран от их происхождения. Так, например, если при острых гнойных заболеваниях стафилококк в монокультуре выявляется в 69,5% случаев, то при посттравматических гнойных ранах, хронических гнойных заболеваниях кожи и мягких тканей, а также при гнойных ранах и развившемся сепсисе высевается сразу несколько патогенных микроорганизмов в 31,5, 48,8, 55,6% случаев соответственно. Остальную часть составляют представители семейства Enterobacteriaceae в монокультуре.

Для гнойных ран различного генеза характерно, что в них среди представителей раневой микрофлоры на всех этапах обследования больных, по данным разных авторов, преобладают стафилококки, которые выделяются как в монокультуре, так и в различных ассоциациях. По данным большинства источников литературы, наблюдается довольно высокий процент выделения грамотрицательных микроорганизмов, особенно синегнойной палочки, частота обнаружения которой значительно возрастает во время пребывания больных в стационаре.

Цель исследования. Обосновать возможность применения иммобилизированной формы бензалкония хлорида и метронидазола в лечении экспериментальной гнойной раны.

Материалы и методы исследования. Материалом настоящего изыскания явилась иммобилизованная форма бензалкония хлорида, изготовленная на кафедре общей



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



хирургии АГМИ следующего состава (в %): бензалкония хлорид – 0,02; метронидазол – 1,0; полиэтиленоксид М.м. 400 – 80,0; полиэтиленоксид М.м. 1500 – 20,0.

Результаты исследования. При сравнении контрольной и опытной групп с интактной по критерию Даннета статистически существенные отличия встречались по всем показателям на всех сроках. Изменения площади и процента уменьшения площади ран указывает на более эффективное течение процесса заживления в опытной группе по сравнению с контрольной начиная с 5 суток наблюдения (данное различие статистически достоверно, $p \leq 0,05$).

В интактной группе СЗ устойчиво слабая на протяжении всего срока наблюдения. В контрольной и опытной группах наибольшие значения приходились на срок 3-5 сутки, однако при этом СЗ в опытной группе была выше в 1,63 раза (статистически значимое отличие, $p \leq 0,05$), что

указывает на высокую активность в предлагаемом нами лекарственном комплексе в первую фазу раневого процесса.

При микроскопии гистопрепаратов ран во всех группах животных к первым суткам после моделирования гнойно-воспалительного процесса вся раневая поверхность была покрыта сплошным слоем фибринозно-гнойных масс, в которых обнаруживалось значительное количество погибших лейкоцитов. Отмечалась дилатация лимфатических и кровеносных сосудов. Отек клетчатки и тканей, залегающих глубже, и инфильтрат в сочетании с диапедезным пропитыванием, который расходился за границы изначально нанесенного дефекта на всю глубину не только дермы, но и на гиподерму. Подлежащие ткани резко отечны и пропитаны полиморфно-ядерными лейкоцитами (ПЯЛ) и макрофагами на разных ступенях дифференцировки, очаги инфильтрата разделяли разрыхленные коллагеновые волокна друг от друга.

Вывод. Таким образом, **Результаты** планиметрических и гистологических наблюдений свидетельствуют о явном положительном влиянии на заживление раны иммобилизированной формы бензалкония хлорида и метронидазола. Так же благодаря применению гелевой основы происходит пролонгация действия препарата в ране и обеспечивается хороший ее дренаж.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ В ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАНАХ

Азизов Д.Т., К.К.Мирзаев., Ш.А.Тожибоев

Кафедра хирургических болезней и гражданской обороны

Актуальность. Помимо клинических признаков инфекции (например, воспаления, гнойности и боли), для определения раневой инфекции исторически использовалось количество микроорганизмов. Однако все чаще признается, что не



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



только высокий уровень бионагрузки вреден для заживления ран, но и вирулентность вторгающегося микроорганизма и иммунный статус хозяина могут повлиять на клинические исходы. Бактерии, такие как синегнойная палочка, золотистый стафилококк и эпидермальный стафилококк, разработали ряд факторов вирулентности, которые помогают им преодолевать защиту хозяина и размножаться в подлежащих мягких тканях. Более конкретно, бактериальные протеазы являются одним из таких факторов вирулентности, которые участвуют в стимулировании инвазии и разрушения ткани хозяина. Из-за сложности микроорганизмов протеазы могут негативно влиять на раневую среду, что приводит к замедленному заживлению ран.

Цель исследования. Изучить особенности изменения содержания протеаз и ингибиторов протеаз в хронических гнойных ранах.

Материал и методы исследования. В работе были обследованы в первой группе 12 больных с послеоперационными ранами (контроль) и во второй группе 15 больных с гнойными ранами (опыт). У всех больных в диагнозе отсутствовали сердечнососудистые заболевания, диабет и метабол ические изменения. Материал для исследования получали путем сбора смывов стерильным физиологическим раствором с поверхности послеоперационных и гнойных ран. Общую протеолитическую активность в составе смывов определяли казеинолитическим методом по учету продуктов гидролиза казеина в единицах активности (Ед) по тирозину. Ингибиторную (антипротеолитическую) активность полученных смывов определяли казеинолитическим тестом, по способности убывания активности 0,01% трипсина и 0,01% папаина, при инкубации их с исследуемыми образцами смывов по сравнению с образцами смывов с трипсином или папаином без инкубации. Ингибиторную активность выражали в ингибиторных единицах (ИЕд).

Результаты и их обсуждение. Полученные данные показали (Рис.), что у пациентов с послеоперационными ранами средний показатель ОПА в составе смывов составлял $31,7 \pm 2,8$ Ед/мл. В тоже время у больных с гнойными ранами этот показатель был достоверно выше, по сравнению с аналогичными результатами послеоперационных ран, и составлял $52,4 \pm 4,8$ Ед/мл ($P < 0,01$). При этом показатель антипротеолитической активности по трипсину в составе смывов послеоперационных ран составлял $28,9 \pm 2,5$ ИЕд/мл, что было не существенно ниже ОПА в смывах послеоперационных ран, а индекс протеолиза ОПА/АПА по трипсину был также не существенно выше и равен $1,1 \pm 0,1$. У больных с гнойными ранами показатель антипротеолитической активности по трипсину был достоверно ниже по сравнению с аналогичными результатами больных с послеоперационными ранами и составлял $21,2 \pm 1,9$ ИЕд/мл ($P < 0,05$), а также значительно ниже ОПА смывов гнойных ран. С учетом этих данных индекс протеолиза ОПА/АПА по трипсину находился на уровне $2,5 \pm 0,22$, что было значительно выше такого же показателя в составе смывов послеоперационных ран. Результат антипротеолитической активности по папаину в составе смывов послеоперационных



ран составлял $19,1 \pm 1,5$ ИЕд/мл, этот показатель был значительно меньше антипротеолитической активности по трипсину, в связи с более низким содержанием ингибиторов протеаз связывающихся с папаином. По этой же причине увеличивался индекс протеолиза ОПА/АПА по папаину и был равен $2,7 \pm 0,24$. В тоже время у больных с гнойными ранами

антипротеолитическая активность по папаину была также значительно ниже антипротеолитической активности по трипсину и составляла $11,6 \pm 0,9$ ИЕд/мл ($P < 0,05$), также это проявляется с более низким содержанием ингибиторов протеаз связывающихся с папаином. При этом индекс протеолиза ОПА/АПА при исследовании гнойных ран по папаину был равен 4,5, что было выше индекса протеолиза послеоперационных ран.

Исходя из этого, полученные нами данные антипротеолитической активности по папаину и трипсину можно интерпретировать, следующим образом. В послеоперационных ранах, без выраженных проявлений воспаления, имеется равновесие между протеазами и ингибиторами протеаз, которое регулируется в большей степени местными механизмами. В тоже время в хронических гнойных ранах с выраженным воспалительным процессом, нарушено равновесие между протеазами и ингибиторами протеаз, за счет нарушения местных и системных механизмов.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о том, что протеазы могут играть важную роль в раневых инфекциях, способствовать развитию воспалительной реакции и препятствовать заживлению ран.

БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Азизова Н. Д., Зокиров Б. К., Шамсиев Ф. М.

Андижанский Государственный Медицинский институт

Бронхиальная астма принадлежит к числу наиболее распространенных заболеваний, которым страдает около 10 - 15% детского и 8 - 10% взрослого населения в разных странах. Сочетание аллергического ринита и БА указывает на общность патогенетических механизмов возникновения и развития заболеваний, а также на возможную взаимосвязь клинических проявлений и патофизиологии аллергического воспаления слизистой верхних и нижних дыхательных путей. Существует несколько возможных теорий, объясняющих сочетание аллергического ринита и БА. Не диагностированный АР с БА у детей может приводить к увеличению объема базисной терапии основного заболевания вплоть до применения системных глюкокортикоидов. В связи с этим у детей с АР необходимо обследовать на наличие БА, а больных астмой – на наличие АР. Взаимосвязь этих двух



нозологий объясняется единым морфологическим субстратом (верхние и нижние дыхательные пути), общими триггерами и патогенетическими механизмами.

Целью нашего исследования являлось изучение факторов риска развития и клиничко-функциональные особенности бронхиальной астмы у детей.

Материал и методы. Мы изучили клиническое течение бронхиальной астмы, протекающей у больных с аллергическим ринитом. Наблюдение проведено у 120 пациентов в возрасте от 5 до 15 лет. Основную группу составили 90 человек. Группу сравнения составили дети с аллергическим ринитом без бронхиальной астмы (26 детей). Прежде всего, интерес представляли данные аллергологического анамнеза.

Результаты исследования. Более 56% детей с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом указали на ухудшение при контакте с домашними животными. Контакт с кошкой вызывал выраженную ринорею и чихание у 54% детей, удушье - у 46%. К обострению заболевания контакт с собакой приводил у 30%, при чем у 21% детей наблюдалось усиление признаков аллергического ринита, у 18% - одышка. При анализе клинической картины детей с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом, выявлено, что заболевание характеризовалось преобладанием ночных приступов (97%) и достаточно тяжелым течением. Аллергический ринит носил круглогодичный характер у всех детей, а у 37% детей имелась и сезонность. Одышка в 92% случаев носила экспираторный характер. Приступы удушья у 31% больных регистрировались ежедневно, до 3-х раз в неделю - у 40%, эпизодически - у 29%. Проявления аллергического ринита в основной группе были более выраженными в утренние часы (62%) и проявлялись заложенностью носа, чиханием, зудом носа и глаз. При изолированном рините ухудшение состояния одинаково часто наблюдалось и в утренние, и в ночные часы. Обильные водянистые выделения из полости носа чаще отмечались при сезонных проявлениях. У детей БА с АР отмечалась у 98% заложенность носа, головная боль -21%, ночные симптомы у 73% и утренние симптомы у - 38%.

Выводы: высокая частота аллергических заболеваний у родственников (особенно со стороны матери - 64%); ранний перевод детей на искусственное вскармливание (66%); частые вирусные инфекции, предшествующие развитию аллергического заболевания (75%). Клиническое течение сочетанных форм БА и АР имеет ряд особенностей: у подавляющего числа больных появлению приступов удушья предшествуют симптомы нарушения носового дыхания (от 60 до 90% в различных возрастных группах); заболевание формируется в раннем и дошкольном возрасте (60%); большая частота ночных симптомов (73%); длительный приступный период (3-4 дня); персистирующее течение аллергического ринита у всех больных. При наличии бронхиальной обструкции более выражены симптомы интоксикации, дыхательной недостаточности, что более длительно проявляется клиническими признаками заболевания. Развитию БА с АР способствуют особенности питания матери в период беременности и лактации, ранний перевод ребенка на смешанное и искусственное



вскармливание, неблагоприятное течение пери-, интранатального периодов и отягощенный преморбидный фон.

БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ И ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

Азизова Н. Д., Шамсиев Ф. М., Туракулова Х.Э.
Андижанский Государственный Медицинский институт

Актуальность. У детей в развитии бронхообструкции (БО), высокий риск рецидивирования ОБ и возможность реализации бронхиальной астмы, разнообразие иммунных нарушений определяют **Актуальность** изучения факторов и механизмов формирования БО у детей.

Цель работы: провести ретроспективный анализ и оценить их факторы риска развития бронхообструктивного синдрома у детей.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей за период 2015-2019 гг., находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз и аллергологии, а также в Городской детской больнице города Андижана, Андижанской районной Многопрофильной центральной поликлинике. Проанализированы данные ante-, перинатального анамнеза, течение неонатального периода, особенности заболеваний в раннем возрасте, наличие других аллергических заболеваний, кроме БА - атопического дерматита (АД) и аллергического ринита (АР).

Статистическую обработку полученных результатов проведено с помощью пакета программ Statistica, 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Распределение детей по возрасту показало, что внебольничной пневмонией с обструктивным синдромом чаще встречается 1-3 лет 800 (83%), у детей в возрасте 4-6 было у 125 (13%), 7-11 лет 32 (3%), у детей 12-15 лет составила 9 (1%). Дети до 1 года жизни болели ООБ чаще (44 %), (4-6 года - 23 %; 7-11 лет – 24%, 12-18 лет - 9 %). ОРИ (6 раз и более) в течение года были отмечены у 35 (48 %) детей с ООБ, а у детей с РБ с БОС у 88 (52%). У детей с ООБ 52(72%) выявлены дефицитные состояния и отягощенный преморбидный фон: 31 (43 %) и 95 (56%) детей были рано переведены на искусственное вскармливание, у 40 выявлено перинатальное поражение ЦНС, у 25 (35 %) и 82 48%) - рахит, у 70 (97 %) и 59 (82 %) и 156 (92%) - анемия. (56%) в анамнезе. Родились доношенными - 65 (90 %) и имели массу тела более 2500 гр. Недоношенным был всего 7 (9 %) ребенок, причем с ООБ – 17 (24%), с РБ с БОС – 15 (9%) детей. У детей с ООБ отмечалось нарушение физического развития у 36 % детей. Влажный кашель с отхождением вязкой, слизисто-гнойной мокроты отмечены у 45 (63,0 %) больных ООБ и у 110 (65,2 %) с РБ с БОС.



Вывод. У детей ООБ, наблюдается более длительное проявление одышки, пероральных хрипов, влажного кашля и влажных хрипов в легких. При наличии БОС более выражены симптомы интоксикации, дыхательной недостаточности. На рентгенограммах больных всех групп, как правило, отмечается эмфизематозное расширение легких с обеих сторон с горизонтальным стоянием ребер, которые характерны для синдрома БО. При наличии бронхиальной обструкции более выражены симптомы интоксикации, дыхательной недостаточности, что более длительно проявляется клиническими признаками заболевания. Развитию БО способствуют особенности питания матери в период беременности и лактации, ранний перевод ребенка на смешанное и искусственное вскармливание, неблагоприятное течение пери-, интранатального периодов и отягощенный преморбидный фон.

ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Азимова Г.А., Аграновский М.Л., Каримов А.Х., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Профилактика алкоголизма, которые в последнее время распространяются с необычайной скоростью, может и должна проводиться на различных стадиях развития процесса, и от этого зависит выбор эффективных методов. Профилактика алкоголизма может быть эффективной, только тогда когда она осуществляется комплексно и системно, а не представляет собой разрозненные программы, различные по концептуальной основе и структуре. Наша работа должна начинаться на коррекции неправильного воспитания на ранних этапах развития личности и заканчиваться на финансировании программ по борьбе с незаконным распространением алкогольных веществ.

Цель исследования. Определение эффективности занятий по профилактике алкогольной зависимости в подростковом возрасте.

Материалы и методы исследования. Объект исследования: процесс профилактики алкоголизма среди подростков.

Предмет исследования: педагогические условия эффективности профилактики алкоголизма среди подростков

Результаты исследования. Анализ результатов опроса показал, что большинство учащихся (76,5%) не считают употребление своими одноклассниками алкоголя негативным проявлением, 55,7 % заявили, что систематическое употребление спиртных напитков не является основанием для прекращения дружбы, и лишь 13,4 % считают для себя неприемлемым дружеское общение со сверстниками, употребляющими алкоголь. При этом результаты опроса родителей показывают, что при общей озабоченности родителей проблемой употребления несовершеннолетними алкоголя отмечается их недостаточная осведомленность о вовлеченности в эту проблему собственного ребенка, а



также неадекватное ситуации осознание роли семьи в процессе предотвращения ранней алкоголизации подрастающего поколения

Проанализировав существующие определения профилактики, в своем исследовании под профилактикой алкоголизма среди подростков мы понимаем процесс целенаправленного воздействия на личность, направленный на формирование системы ценностей, взглядов и установок, препятствующих алкоголизации подростка

На основе рассмотренных нами подходов (в отечественной и зарубежной педагогической практике) сложились собственные модели профилактики употребления психоактивных веществ, в том числе и алкоголя, разработаны многочисленные профилактические программы.

Комплексность разрабатываемого нами подхода к определению содержания профилактики алкоголизации молодежной среды заключается в двух аспектах

- во-первых, она обуславливается стремлением к всестороннему учету многообразия причин и факторов риска, способствующих приобщению к употреблению алкоголя,
- во-вторых, комплексность заключается также в организации профилактического процесса, реализуемого на различных уровнях личностном и средовом

Индивидуализация как принцип педагогической деятельности позволяет эффективно вскрыть и потенциальные возможности детей риска адаптационные нарушения в развитии, выявить их «позитивные» стороны, на которые можно опираться в ходе воспитательно-образовательной работы. Ведь неблагополучие биологических и социальных предпосылок в развитии в определенной - и значительной - степени может быть сглажено, нивелировано при создании соответствующих педагогических условий

Поэтому на первом этапе опытно-экспериментальной работы - исследования психологических особенностей личности и социального взаимодействия подростков мы использовали методику А. Н. Орла по определению склонности к отклоняющемуся поведению (СОП), а также метод личностных конструктов Дж. Келли

Исследование половых различий показало, что у женской части подвыборки выявлен более высокий балл (40,0 балла) по шкале «склонность к аддиктивному поведению», чем у мужской (42,6 балла). Это свидетельствует о том, что у женского пола социальный контроль поведенческих реакций выше, чем у мужского

Полученные данные по методике Дж. Келли позволили сделать вывод о наличии у исследуемой группы подростков установок на употребление алкоголя, склонности связывать алкоголь с удовольствием, радостью, дружеским общением и недооценивать степень его вреда для организма

Полученные в ходе исследования особенностей личности подростков и их социальных установок результаты легли в основу профилактической работы в лагере. Подавляющее большинство участников опытной работы по ее окончании выбрали конструкт «здоровье - трезвость», что свидетельствует о прогрессе установки на здоровый образ жизни



Таким образом, динамика полученных результатов свидетельствовала о положительных изменениях по основным выделенным показателям и подтвердила выдвинутую нами гипотезу

Вывод. Профилактика алкоголизма на уровне семьи включает в себя комплекс мероприятий: организационных, социальных, психолого-педагогических и медицинских. Профилактика алкоголизма на уровне семьи осуществляется за счет использования игровых тренинговых занятий, направленных на совместную творческую деятельность.

Следовательно, профилактика алкоголизма на уровне семьи и технологии коррекции семейных взаимоотношений многочисленны, их выбор определяется спецификой конкретной ситуации, особенностями членов семьи, профессиональной компетентностью социального работника.

Со временем каждый опытный специалист по-своему модифицирует методики, создает собственную систему форм, методов, средств работы. Сущность всех применяемых способов социальной работы - профилактика семейного алкоголизма.

ЧАСТОТА ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КРИТИЧЕСКИХ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ С НАРУШЕННЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМАМ.

Азимова Г.М., Ибрагимова М.С

Андижанский Государственный Медицинский Институт.

Актуальность темы: За последние годы в Андижанском филиале Республиканского Онкологического Научного Центра накоплен большой клинический материал, касающийся злокачественных опухолей тела матки и требующий клинико-статистического анализа. В связи с этим, разработка оптимальных программ комбинированного и комплексного лечения рака эндометрия с учетом возраста, клинико-морфологических факторов и гормональной чувствительности является актуальной проблемой современной онкогинекологии.

Цель исследования: Анализ особенностей проведения лучевой терапии у больных РЭ с метаболическими синдромами.

Материалы и методы исследования: Материалом для изучения методов обследования явились амбулаторные карты, ультразвуковые исследования, истории болезни, результаты гистологических и цитологических исследований. В общей сложности были обработаны данные обследований 100 раком эндометрия. Пациенток, прошедших через отделение гинекологии РСНПЦОиР АФ 2019-2023 гг.

Результаты: Анализ частоты поздних лучевых повреждений показал, что у больных РЭ на фоне метаболического синдрома чаще фиксировались: циститы (8%), ректиты (6%) и у 2(4%) больных имелась язва слизистой оболочки влагалища, тогда как у больных РЭ без



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



метаболических нарушений лучевые язвы не имела ни одна пациентка, цистит - 6%, ректит -2% больных. Различия статистически не достоверны ($\chi^2=0,2$, $p>0,05$).

Анализ полученных результатов показал, что у больных РЭ обеих подгрупп наиболее частыми лучевыми реакциями были лучевые циститы, ректиты и эпителииты. Ранние лучевые реакции в группе больных РЭ на фоне метаболического синдрома зафиксированы у 27 (54%), тогда как в подгруппе больных РЭ без метаболического синдрома у 22 (44%) больных. В подгруппе больных РЭ на фоне метаболического синдрома циститы были выявлены у 11 (23%) больных, в подгруппе больных РЭ без метаболических нарушений у 6 (18%) больных. В подгруппе больных РЭ с метаболическими нарушениями у 7 (14%) больных наблюдались энтероколиты легкой степени. В подгруппе больных РЭ без метаболического синдрома энтероколиты наблюдали у 4 (9%) больных. Этим больным проводилась корригирующая терапия (диета, бактисуптил, эубиотики).

Оба полученных результатов показал, что у больных РЭ обеих подгрупп наиболее частыми лучевыми реакциями были лучевые циститы, ректиты и эпителииты. Ранние лучевые реакции в группе больных РЭ на фоне метаболического синдрома зафиксированы у 27 (54%), тогда как в подгруппе больных РЭ без МС у 22 (44%) больных. В подгруппе больных РЭ на фоне МС циститы были выявлены у 11 (23%) больных, в подгруппе больных РЭ без метаболических нарушений у 6 (18%) больных. В подгруппе больных РЭ с МС у 7 (14%) больных наблюдались энтероколиты легкой степени. В подгруппе больных РЭ без МС энтероколиты наблюдали у 4 (9%) больных. Этим больным проводилась корригирующая терапия (диета, бактисуптил, эубиотики).

Вывод: Проведенный анализ частоты поздних лучевых повреждений показал, что у больных РЭ на фоне метаболического синдрома имелся ряд отличий по сравнению с больными РЭ без метаболических нарушений, более длинный период восстановления, что обусловлено необходимостью- коррекции, проявлений метаболического синдрома перед лучевой терапией по сравнению с больными РЭ* без метаболических нарушений, что можно объяснить наличием выраженной подкожно-жировой клетчатки и замедлением репаративных процессов вследствие нарушений; углеводного и липидного обменов у больных РЭ на фоне метаболического синдрома.



ФАКТОРЫ РИСКА И ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРОВООХРАНЕНИЯ В ПЕРИОД ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID – 19.

Азимова Н.З., Мусаджанова Л.Х., Абдуллаева Д.Т.
РЦПК и СМ и ФР, Узбекистан, Ташкент.

Цель исследования. Неинфекционные заболевания такие, как атеросклероз, сахарный диабет, артериальная гипертензия и неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП) являются основной причиной заболеваемости и смертности населения во всем мире, особенно в развитых странах. Известно, что в развитии этих заболеваний важное значение имеет образ жизни человека, особенно характер питания. Известно также, что в период пандемии COVID – 19 отмечалось усиленное питание с наличием эмоционального стресса. Исходя из этого в настоящей работе поставлена **Целью** выжить и **Целью** изучить распространенность факторов риска (ФР) и характер течения вышеуказанных заболеваний в постковидном периоде среди населения Алмазарского района г. Ташкента на территории обслуживания семейной поликлиники №18.

Материалы и методы. Обследовано 330 пациентов, в том числе 195 мужчин и 135 женщин в возрасте 43-67 лет. Всем обследуемым проводилась УЗИ внутренних органов и биохимические исследования крови (липидный профиль, АЛТ, АСТ, сахар крови натощак) и офисное измерение АД. Обследованные разделены на 2 группы: I группа. - перенесшие COVID – 19 (214 пациентов) и II группа не перенесшие эту инфекцию (116 пациентов).

Результаты. Установлено наличие атерогенной дислипидемии (увеличение ОХ, ХЛПНП, ТГ, КА и уменьшение ХЛПВП) у 120 обследуемых (56,1%) I группы и у 38 (32,7 %) II группы. Выявлено наличие гипергликемии у 44 пациентов (20,5%- Iгр.) и у 23 (18,1% II гр.). В результате УЗИ внутренних органов выявлено наличие НЖБП у 91 пациентов (42,5% Iгр.) и у 35 (30,2% IIгр.), т.е. выявлено статистически достоверное увеличение ($P \geq 0.01$) лиц с поражением печени. При этом больные перенесшие COVID – 19 отличались более выраженным поражением печени, на что указывает исследование печеночных ферментов. У большинства пациентов I группы патология печени ограничилась развитием стеатогепатоза, в то время как, у 36,3% пациентов II группы развился стеатогепатит на что указывает более двухкратное увеличение АЛТ от нормы у 33 пациентов (36,3%), в то время как, во II группе этот показатель составил 6 (17,1%). Различия между группами по данному показателю является достоверным.

Выводы. Таким образом, период пандемии COVID – 19 и после неё характеризуется сравнительной усилением воздействия факторов риска таких хронических неинфекционных заболеваний как, атеросклероз, сахарный диабет и НЖБП. Это в свою очередь может способствовать увеличению заболеваемости этими



заболеваниями, а также увеличением более тяжелых их форм. Это требует особого подхода к диагностике, лечению и профилактике заболеваний у пациентов с наличием в анамнезе COVID – 19, направленное на тщательное выяснение и определения характера воздействия ФР, таких, как нарушение жирового, углеводного обмена, а также состояния свертывающей, противосвертывающей и противовоспалительных систем. Такой подход необходим к лечению и профилактике не только вышеуказанных, но многих других заболеваний. Ибо, в литературе имеются данные о тяжелых последствиях воздействия коронавирусной инфекции на состояния дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной, опорно-двигательной систем.

СЕМЕЙНЫЕ СЛУЧАИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И МЕРЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ.

Акбаров Н.А., Юлдашев М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Известно, что этиология и патогенез мочекаменной болезни (МКБ) обусловлены как экзогенными, так и эндогенными факторами. Данные литературы последних лет, указывают на существенную роль генетических факторов в генезе уролитиаза, что подтверждается выявлением накопления больных с МКБ в отдельных семьях.

В литературе работ посвящённых изучению роли наследственных факторов в процессе камнеобразования не много, и они содержат много спорного. В этих работах в основном освещены некоторые наследственно обусловленные формы нарушений обменных процессов в организме, приводящих к формированию мочевых камней.

Цель исследования. Привлечь внимание практических врачей о необходимости установления вероятности возникновения МКБ у других членов семьи больного ребёнка с уролитиазом.

Материалы и методы исследования. Мы обследовали членов 182 семей, в которых был выявлен ребёнок с МКБ (у 115 с нефролитиазом, у 24 с уретеролитиазом, у 20 с камнем мочевого пузыря, у 13 с камнем мочеиспускательного канала, у 10 с множественным уролитиазом) для выявления бессимптомно протекающего уролитиаза у других членов семьи. Кроме общеклинического обследования у всех членов этих семей проведено УЗИ органов мочевого выделения, в случае обнаружения МКБ у взрослых членов, их госпитализировали в урологическое отделение для взрослых, а детей- в клинику детской хирургии, где проводилось комплексное обследование и лечение. В основном обследованы родственники I-степени родства, т.е. родители, братья и сёстры.

Результаты исследования. Наличие уролитиаза в семье отметили у 36 (19,5%) обследованных (в 8 случаях МКБ была у отцов, в 6-у матерей, в 12 –у братьев, в 6 –у сестёр, в 4-у братьев и сестёр. Из них 5 ранее были оперированы по поводу уролитиаза в других лечебных учреждениях, 9 детей – в нашей клинике. Следует отметить, что из 36



семей в которых обнаружена МКБ, у 18 уролителиазом страдали двое членов семьи, у 13 – трое, у 5- четверо.

Обнаруженные нами семейные случаи уролителиаза, дают основания полагать что наследственные факторы играют существенную роль в развитии МКБ у пробанды и свидетельствуют о необходимости обследовании семей, в которых выявлен больной ребёнок с уролителиазом. Это способствует более ранней диагностики и своевременного комплексного лечения бессимптомно протекающего уролителиаза.

Выводы. 1. Для раннего выявления бессимптомно протекающих МКБ у других членов семьи, необходимо обследование не только больных, обращающихся на приём, но и членов их семей, помня о возможности наследственного характера заболевания.
2. Семейное накопление случаев уролителиаза среди родственников больных детей с МКБ наблюдается более чем в два раза больше по сравнению с семьями здоровых детей.
3. Для ранней диагностики бессимптомно протекающих МКБ у детей необходимо ежегодное УЗ исследование моче выводящих путей всего детского населения в поликлинических условиях.
4. Ежегодное УЗ исследование всего детского населения способствуют не только ранней диагностики бессимптомно протекающих МКБ у детей, но и других бессимптомно протекающих патологии, таких, как эхинококкоз, нефробластома, киста яичников у девочек, опухоли брюшной полости и др.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Акбарова Г.Х., Бойкузиева М.Б, Содикова Д.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: В последние десятилетия во всех странах мира, в том числе в Республике Узбекистан, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости детей бронхиальной астмой (БА) и её более тяжелому течению. Широкое использование достижений биохимии, генетики и иммунологии в решении узловых вопросов аллергических заболеваний внесли много нового в представление о формировании болезни. Достигнутый в последнее время прогресс в изучении механизмов развития БА позволил представить новую концепцию его патогенеза, согласно которому основу заболевания составляет хронический аллергический воспалительный процесс в дыхательных путях и связанная с ним гиперреактивность слизистых респираторного тракта. Однако, несмотря на достигнутые успехи, уровень контроля над течением заболевания нельзя считать удовлетворительным. Так, например, почти каждый третий больной БА как минимум 1 раз в месяц просыпается ночью в связи с симптомами астмы. Более половины больных имеют ограничения физической активности, более трети вынуждены пропускать занятия в школе.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель исследования: Изучить особенности клинических проявлений бронхиальной астмы у детей и совершенствовать методы их противорецидивной терапии. Совершенствовать методы первичной и вторичной профилактики атопической бронхиальной астмы у детей.

Задачи исследования.

1. Сбор анамнеза
2. Исследование показателей периферической крови.
3. Определение эозинофильной реакции.
4. Совершенствовать методы первичной и вторичной профилактики атопической бронхиальной астмы у детей.

Результаты исследований: Изучение аллергологического анамнеза показали, что у большинства детей (68,4%) в детстве имел место аллергический диатез по типу экссудативно-катарального, у 47,4% больных – уртикарные сыпи на лице, спине, 15,8% страдали эпизодической и сезонной крапивницей, у 10,5% больных – непереносимость к антибиотикам. Указанные изменения свидетельствует о наличии эквивалентных проявлений БА у наблюдаемых больных.

Исследования показали, что у больных БА патологические отклонения в показателях красной крови отсутствуют. За исключением относительного и абсолютного количества эозинофилов. Количество последнего оказалось достоверно высоким у больных БА, что подтверждает данные о длительно сохраняющемся аллергическом процессе в организме. Ещё эозинофилию считают одним из постоянных признаков аллергических заболеваний при этом, преобладание сегментоядерных нейтрофилов указывает на инфекционный генез заболевания. После купирования обструктивного синдрома и стабилизации состояния больные бронхиальной астмой выписываются из стационара и переводятся на амбулаторное наблюдение. Отечественный и междуна-родный опыт свидетельствует о том, что при осуществлении образовательных программ снижается количество обострений бронхиальной астмы в три раза, уменьшается частота обращений за медицинской помощью, снижается количество пропусков школьных занятий, количество листов нетрудоспособности у родителей в связи с уходом за больными астмой, уменьшается число госпитализации пациентов.

Вывод: БА у детей сопровождается яркими клиническими проявлениями. Изучение аллергологического анамнеза с достоверной точностью помогает диагностировать это заболевание, которое подтверждается или дополняется при генеалогическом исследовании. Серьезного внимания заслуживает решение вопросов о социальной адаптации детей, страдающих бронхиальной астмой. В этом плане индивидуальный подход к реабилитации больного ребенка должен предусматривать наблюдение психолога, консультации социальных работников (изменение жилищно-бытовых условий семьи и др.). Одной из важных мер социальной адаптации является своевременная профессиональная ориентация детей, больных бронхиальной астмой, с участием школьного врача, педагогов и родителей.



ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Акбарова Г.Х., Усмонова Я.Г., Рахматова М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. При сравнительном анализе факторов риска развития инфекции моче **Выводящих** путей у детей раннего возраста со здоровыми детьми установлено, что некоторые критерии могут быть использованы для ранней диагностики микробно-воспалительных заболеваний органов моче **Выводящих** системы.

Цель исследования. С этой **Целью** мы провели отдаленное катamnестическое обследование 100 детей в возрасте 7-11 лет (70 девочек и 30 мальчиков), перенесших инфекцию моче **Выводящих** путей в первые три года жизни (10 детей до 6 мес., 20 детей с 6-12 мес., остальные дети с 12 мес. до 3 лет).

Материал и методы исследования. Наряду с анализом анамнестических данных использованы клиничко-лабораторные, рентгенологические и фенотипические методы обследования. В контроле были изучены 30 здоровых детей. Наибольшее значение для прогноза развития инфекции моче **Выводящих** путей в неонатальном периоде имеют следующие факторы: возраст матери, заболевания органов моче **Выводящей** системы у матери, у родственников по линии матери и отца, нефропатии беременных, угроз выкидышей, осложненное течение родов. В то же время такие факторы как пол ребенка, наличие р+ и NN антигенов эритроцитов не влияли на развитие инфекции моче **Выводящих** путей.

Результаты. Высокую прогностическую ценность имели заболевания органов моче выводящей системы и родственников по линии родителей и позднего токсикоза, и нефропатии беременных. В процессе анализа исследований каждый признак оценивался в баллах и было установлено, что у 82% здоровых детей сумма баллов не превышала 11, в то же время как у детей, переносивших заболевания в неонатальном периоде, 73% имели 25 и более баллов. Новорожденным детям с суммой информативных прогностических баллов >24, детям первого года жизни – с суммой >14 баллов и детям 2-3 года жизни с суммой >11 баллов целесообразно проведение профилактического клиничко-лабораторного обследования (анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на стерильность, клиничский анализ крови, УЗИ органов мочевой системы).

Выводы:

1. Таким образом, проведенный анализ позволил выделить наиболее информативные признаки развития инфекции мочевых путей.
2. Использование балльной оценки этих критериев позволяет формировать группы риска возникновения инфекции моче выводящих путей.



НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Акбарова Г.Х., Назарова Г.У., Абдуллаев Ж.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время отмечается нарастание социально-психологической дезадаптации детей и подростков, которая требует особого внимания специалистов, в частности школьных врачей.

Цель исследования работы является сравнительно - возрастное изучение степени выраженности клинических проявлений дезадаптации у детей.

Результаты исследования. Как свидетельствуют **Результаты** исследования, полная дезадаптация выявлена у детей 12-17 лет $29,6 \pm 3,58$; $P > 0,05$ (22,4% и 36,0%, у мальчиков и девочек) больше, чем у младших школьников $22 \pm 3,38$ (16,5% и 28,1%; соответственно у девочек и у мальчиков). Такое соотношение отмечается и по II степени дезадаптации (14,5% и 25,6%; 10,4% и 19,4%; $P > 0,05$ соответственно у девочек и мальчиков) возрастные периоды 12-17 и 7-11 лет. У 72,7% девочек и 52,5% мальчиков 7-11 лет, и 63,1% девочек и 38,4% мальчиков 12-17 лет с дезадаптацией выявлен нарушением только один из 3-х показателей.

Вывод. Таким образом, значительно чаще, чем в детском возрасте ($15,7 \pm 1,18$), среди подростков школьного возраста ($29,4 \pm 1,9$; $P < 0,001$) встречаются нарушения адаптации. По всей вероятности, оно связано с началом вегетативно-эндокринной пертурбацией организма и повышением эмоциональной возбудимости и реактивности переходного возраста.

ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА.

Акбарова М.А. Ибрагимова М.С.

Андижанский Государственный Медицинский Институт.

Актуальность темы: Злокачественные новообразования является важнейшей медика - социальной проблемой современного здравоохранения. Отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями органов и систем по всему миру. Прогнозы специалистов ВОЗ свидетельствуют о том, что в ближайшие 20 лет ситуация диагностики и лечения злокачественных новообразований не улучшится, более того, по данным статистики от злокачественных новообразований ежегодно умирают до 10 млн. человек. Отмечается рост и омоложение злокачественных новообразований репродуктивной системы женщин \47,8:100000 жен\, что делает актуальной исследований посвященной ранней диагностики онкологических новообразований женского населения во всех возрастных группах.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель: Повышение качества первичной профилактики онкогинекологической патологии на основе комплексного медика – социального исследования женщин детородного возраста.

Материалы и методы: Разработана анкета для изучения критериев качества жизни, факторов онкологического риска и гинекологического статуса исследуемых групп женщин репродуктивного возраста.

Результаты: В 2022г. проведен профилактический осмотр женщин репродуктивного возраста в общем количестве 455 в Булоқбашинских и Бостанских районов Андижаской области. В исследования включены социальный опрос, бимануальное исследование, исследование цитологических мазков, биопсия из шейки матки.

Фоновые и гинекологические патологии выявлены у 176\38,7%\ женщин, у 90 \19,8%\ женщин выявлены патологии, которых необходимо углубленно обследовать в условиях онкогинекологическом отделении Андижанского филиала РСНПЦОиР для уточнения диагноза. 189\41,5%\ случаях женщины были практически здоровыми. Установлено, что у женщин репродуктивного возраста с онкогинекологической и фоновой гинекологической патологией критерии качества жизни существенно отличаются от женщин группы *практически здоровых*. Анализ семейного статуса обследуемых показал, что у женщин репродуктивного возраста с онкогинекологической патологией -*52\57,4\ вдовы, что в 2,3раза выше, чем у женщин * практически здоровых*-21\23,1%. Состояние в браке, и вступивший в брак несколько раз и разведенные на момент обследования – 7\7,6%\ ,29\32,2%\ и 54\59,7%\ соответственно.

Вывод: Основные медика – социальные характеристики здоровых женщин, женщин репродуктивного возраста с фоновой гинекологической патологией имеют существенные отличия от характеристик женщин с онкогинекологической патологией.

Среди женщин с онкогинекологической патологией основными медика – социальными характеристиками являются: преобладания группы лиц с низким образовательным уровнем\64,2\, не системно обращающихся за медицинской помощью\72,6%\, не имеющих семью\57,4%\, имеющих неблагоприятный абортный анамнез\17,5%\ , генетически. Предрасположенность к онкологическим заболеваниям по материнской линии \51,7%\, повышенную массу тела\22,5%\.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО НОЧНОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Акбарова Р.М.,

Андижанский государственный медицинский институт.

Кафедра педиатрии

Актуальность. Первичный ночной энурез (ПНЭ) является одной из наиболее частых причин обращения к педиатрам и детским нефрологам, неврологам, урологам и хирургам. Распространенность его среди детей 5-летнего возраста составляет 10%,



снижаясь к 10 годам до 5-7% и к подростковому возрасту до 2-3%. Несмотря на дальнейшее снижение частоты ПНЭ, он встречается 1% взрослых.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности амбулаторного лечения первичного ночного энуреза у детей препаратом десмопрессина (Адиуретин СД).

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 36 детей в возрасте от 7 до 14 лет с частотой недержания мочи от 1-2 раз каждую ночь до 7-8 раз в месяц к моменту начала лечения. У всех детей энурез отмечался на протяжении всей предшествовавшей жизни с длительностью "сухих" периодов, не превышавшей 1 мес. Ни один из наблюдавшихся не предъявлял жалоб на болезненное мочеиспускание, частые императивные позывы или дневное недержание мочи. Анализы мочи у всех детей были нормальными. Уровень интеллектуального развития соответствовал возрасту, психологическая атмосфера в семьях была благоприятной, лишь 2 ребенка воспитывались в неполных семьях.

Результаты. Предшествовавшее лечение ПНЭ включало ноотропные, седативные и метаболические препараты у 8 детей, amitriptilin у 3 детей, оксидбутинин у 4 детей. Большинство пациентов пытались прибегать к режимным мероприятиям - ограничению жидкости в вечерние часы, пробуждениям для опорожнения мочевого пузыря.

На основании приведенной информации у всех детей был диагностирован первичный ночной энурез, и все они получили рекомендации по лечению десмопрессином в форме назальных капель, назначаемых в вечернее время за час до сна. Начальная доза составляла 2 капли на носовую перегородку после предварительного туалета носа. В качестве положительного эффекта регистрировали прекращения энуреза или снижение числа эпизодов недержания мочи на 50% и более.

Если эффект отсутствовал в течение 2 нед применения десмопрессина, доза увеличивалась на 1 каплю с последующей повторной оценкой эффекта через 2 нед. Максимальная доза десмопрессина составила 6 капель (42 мг).

Диетические рекомендации состояли в использовании продуктов, способствующих регулярному опорожнению кишечника, ограничении во второй половине дня употребления продуктов, вызывающих жажду.

Положительный эффект через 1-2 мес. от начала лечения был отмечен у 24 из 36 детей и выражался в практически полном контроле за ночным недержанием мочи у 19 и значительном снижении частоты эпизодов энуреза (в среднем на 68%) у 8 детей. У 6 детей добиться значимого эффекта не удалось, несмотря на применения препарата в течение 3-х мес. Возможными причинами неудачи могли быть несоблюдение режима дозирования и пропуск приема препарата, а также несоблюдение питьевого режима (употребление больших объемов жидкости в вечернее время) и нестабильность функции мочевого пузыря со снижением его функциональной емкости. Вместе с тем и в этих случаях имела место тенденция к снижению частоты эпизодов энуреза.



Вывод. Амбулаторное лечение ПНЭ препаратами десмопрессина является эффективным и безопасным методом, дающим существенное улучшение качества жизни больных.

НОВЫЙ СПОСОБ РЕКТОПЕКСИИ ПРИ ВЫПАДЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Акилов Х.А., Рустамов А.Э.

Центр повышения квалификации медицинских работников

Актуальность темы. Выпадение прямой кишки (ВПК) является распространенным состоянием, при котором существуют противоречивые мнения об оптимальном хирургическом лечении. Продолжаются споры о том, какой тип фиксации сетки является оптимальным для ректопексии. **Результаты** лечения все еще не могут полностью удовлетворять колопроктологов и хирургов занимающихся этой проблемой, и свидетельствуют о необходимости разработки новых способов оперативной коррекции выпадения прямой кишки, а также современных методов улучшения результатов хирургического лечения этой сложной патологии.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения ВПК путем разработки нового метода оперативного вмешательства с использованием отечественных имплантатов и лазеров.

Материал и методы исследования. Выполнение клинической части исследований охватило период с 2013 по 2023 гг, всего анализированы **Результаты** операций у 102 пациентов с ВПК 2-3 стадии. Все больные были оперированы на базе Республиканской клинической больницы №1. Согласно проведенным вмешательствам, все пациенты были распределены на две группы. В основную группу включено 49 пациентов, оперированных за 2018-2023 гг. Группу сравнения составили 53 пациента, которые были оперированы за 2013-2018 гг. по традиционной методике ректопексии по Уэлсу.

Усовершенствованный способ хирургического лечения ВПК включал лапаротомию, рассечение тазовой брюшины, выделение прямой кишки до тазового дна, имплантация полипропиленовой сетки к пресакральной фасции в области промонториума, ректопексию к сетке путем оборачивания ее вокруг прямой кишки на 270° с фиксацией краев швами, отличающимся тем, что перед имплантацией полипропиленовой сетки к пресакральной фасции на пресакральную область воздействуют диодным лазером с длиной волны 1630 нм, мощностью 7 Вт в сканирующем режиме, при этом каждые 0,5 см² облучают в течение 2 сек, после имплантации сетки на нее наносят порошок Хемобен из расчета 60 мг на 10 см² поверхности.

Результаты исследования. Внедрение в клиническую практику разработанного способа хирургического лечения ВПК за счет использования сетчатого имплантата, покрытого композитным материалом, а также диодного лазерного воздействия на



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



пресакральную область позволило улучшить качество течения раннего послеоперационного периода со снижением частоты ближайших осложнений с 18,9% (у 10 из 53 пациентов в группе сравнения) до 4,1% (у 2 из 49 пациентов в основной группе; критерий $\chi^2=5,362$; $df=1$; $p=0,021$), сократить продолжительность всего госпитального этапа с $12,6\pm 2,0$ до $10,8\pm 1,3$ суток ($t=5,14$; $p<0,05$). В свою очередь в отдаленный период в отличие от традиционной операции предложенная методика позволила улучшить показатели длительности транзита бариевой взвеси по ЖКТ до 48 часов с 17,0% (у 8 из 47 пациентов в группе сравнения) до 58,7% (у 27 из 46 пациентов в основной группе; критерий $\chi^2=17,577$; $df=3$; $p<0,001$), при этом если средний балл по кливлендской шкале запоров в группе сравнения снизился только с $10,2\pm 1,3$ до $9,6\pm 1,7$ (разность между показателями до и после операции ($Md\pm\delta d$) = $0,7\pm 1,6$; $t=3,01$; $p<0,05$), то в основной группе с $10,5\pm 1,5$ до $6,9\pm 2,0$ ($Md\pm\delta d$ = $3,6\pm 1,4$; $t=18,02$; $p<0,05$) с уровнем достоверности между группами - $t=6,98$; $p<0,05$. Указанные факты в основной группе отразились и на частоте регресса степени НАС с увеличением доли отсутствия этого осложнения с 38,3% (у 18 из 47 пациентов в группе сравнения) до 73,9% (у 34 из 46 пациентов в основной группе; критерий $\chi^2=12,438$; $df=3$; $p=0,007$), со снижением показателя среднего балла по шкале Wexner с $7,5\pm 2,8$ до $4,0\pm 3,2$ ($Md\pm\delta d$ = $3,4\pm 2,2$; $t=9,13$; $p<0,05$) в группе сравнения и с $7,9\pm 3,2$ до $2,6\pm 2,1$ ($Md\pm\delta d$ = $5,5\pm 2,9$; $t=10,98$; $p<0,05$) в основной группе (между группами - $t=2,50$; $p<0,05$). В целом предложенная методика ректопексии позволила сократить частоту отдаленных послеоперационных осложнений, требующих дополнительных хирургических мероприятий или (и) существенно влияющих на качество жизни пациентов с 34,0% (у 18 из 53 пациентов в группе сравнения) до 10,2% (у 5 из 49 пациентов в основной группе; критерий $\chi^2=9,121$; $df=3$; $p=0,028$), а также улучшить частоту достигнутых хороших результатов операций с 34,0% (у 18 из 53 пациентов в группе сравнения) до 69,4% (у 34 из 49 пациентов в основной группе; критерий $\chi^2=13,218$; $df=2$; $p=0,002$).

Выводы. Внедрение в клиническую практику разработанного способа хирургического лечения ВПК за счет использования сетчатого имплантата, покрытого композитным материалом, а также диодного лазерного воздействия на пресакральную область позволило улучшить качество течения раннего послеоперационного периода со снижением частоты ближайших осложнений с 18,9 до 4,1% (критерий $\chi^2=5,362$; $df=1$; $p=0,021$), сократить продолжительность всего госпитального этапа с $12,6\pm 2,0$ до $10,8\pm 1,3$ суток ($t=5,14$; $p<0,05$).

В целом предложенная методика ректопексии позволила сократить частоту отдаленных послеоперационных осложнений, требующих дополнительных хирургических мероприятий или (и) существенно влияющих на качество жизни пациентов с 34,0% до 10,2% (критерий $\chi^2=9,121$; $df=3$; $p=0,028$), а также улучшить частоту достигнутых хороших результатов операций с 34,0% до 69,4% (критерий $\chi^2=13,218$; $df=2$; $p=0,002$).



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ.

Акилов Х.А., Абдувалиева Ч.М., Примов Ф.З.,
Косимов З.Н., Аллаев М.Я., Кадиров К.З..

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Кафедра детской хирургии Андижанский медицинский институт
Отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП.

Актуальность. Лечение синдрома ПГ у детей - одна из актуальных проблем детской хирургии. **Актуальность** проблемы в настоящее время обусловлена тем, что их количество также увеличивается за счет выживания детей с паренхиматозными поражениями печени и пороками сосудов портальной системы. Наиболее опасным осложнением ПГ является кровотечение из варикозного расширения вен пищевода, которое занимает первое место среди неязвенных заболеваний у детей и часто приводит к летальным последствиям.

Целью исследования является улучшение результатов лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у детей с синдромом портальной гипертензии.

Материалы методы . В настоящей работе анализируется опыт работы нашей клиники, основанный на лечении 55 больных детей в возрасте 5 - 15 лет с пищеводным кровотечением на почве СПГ.

Результаты. Основными критериями выбора лечебной тактики у детей с диагнозом ПГ были: форма ПГ, характер источника кровотечения, его интенсивность, а также тяжесть состояния пациента вследствие кровотечения. В зависимости от возраста пациентов, проведен сравнительный анализ эффективности различных видов операций у пациентов с разными проявлениями портальной гипертензии, без учёта того, была ли операция выполнена в экстренном или отсроченном порядке. На пике кровотечения 25 пациентам (45,45%) была выполнена операция Пациора, операция Назирова - 16 пациентам (29,09%), операция Таннера-Баирова - 14 пациентам (25,46%). Наблюдение в отдаленные сроки было сосредоточено на степени регресса флебэктазий и рецидиве кровотечения. Для этого, каждые 6 месяцев после операции, пациенты проходили двухэтапное обследование. На первом этапе – объективная оценка самочувствия, проводилось обследование с охватом повторяющихся эпизодов кровотечений, на втором этапе - контрольная ЭГДФС для контроля флебэктазий. После операции Пациора благоприятное течение послеоперационного периода отмечено у 3 (12%) детей, удовлетворительное - у 9 (36%) и неудовлетворительное - у 10 (40%). У 2 пациентов наблюдалось вторичное заживление раны вследствие ее нагноения, а у 1 пациента с ЦП на 14 сутки после операции был диагностирован асцит. Благоприятное течение послеоперационного периода после лигатурной транссекции желудка по Назирову



отмечалось у 5 пациентов (31,25%), удовлетворительное - у 9 (56,25%) и неудовлетворительное у 2 (12,5%) детей. У одного пациента в течение 3 дней после операции сохранялись симптомы гипертермии и пареза кишечника. Несмотря на лечебные мероприятия, одному пациенту с ВПГ была выполнена спленэктомия через 7 дней после операции в связи с кровотечением, потребовавшим релапаротомию (СЭ выполнялась с формированием ПСРА). Из 14 детей (25,46%), которым были наложены циркулярные швы на желудок по методу Баирова, у 6 (42,86%) послеоперационный период был хорошим, у 6 (42,86%) - удовлетворительным, у 2 (14,28%) - неудовлетворительным. После операции Пациора, рецидив кровотечений из флелектазии в течение 5 лет отмечался у 70% пациентов. После вмешательства по методу Баирова рецидив кровотечения наблюдался у 28,2% пациентов, а после лигатурной транссекции желудка по Назирову - у 25% пациентов.

Заключение. Таким образом, **Результаты** наблюдения после различных разобшающих операций показали, что из общего количества пациентов, наилучшие **Результаты** получены у 81,82% (45 пациентов) пациентов, удовлетворительные - у 9,09% (5 пациентов), неудовлетворительные - 9,09% (5 пациентов). Рецидив ПЖК отмечен у 1 пациента (1,82%) (после лигатурной транссекции желудка по Назирову).

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОГО СПОСОБА РЕКТОПЕКСИИ С РЕЗЕКЦИЕЙ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Акилов Х.А., Рустамов А.Э.

Центр повышения квалификации медицинских работников

Актуальность темы. Настоящий период развития колоректальной хирургии характеризуется акцентуацией на проблемах эффективности внедрения новых методик. Выпадение прямой кишки (ВПК) является распространенным состоянием, при котором существуют противоречивые мнения об оптимальном хирургическом лечении.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения ВПК и долихосигмы с предупреждением возможных осложнений, профилактики развития спаечного процесса и рубцовой деформации зоны ректопексии.

Материалы и методы исследования. Выполнение исследований охватило период с 2013 по 2023 гг, всего анализированы **Результаты** операций у 91 пациента с ВПК 2-3 стадии с долихосигмой. Все больные были оперированы на базе Республиканской клинической больницы №1. Согласно проведенным вмешательствам, все пациенты были распределены на две группы. В основную группу включено 38 больных, во всех случаях операции выполнены по предложенной модификации ректопексии. Группу сравнения составили 43 пациента, которые были оперированы по традиционной методике выполнения ректопексии по Уэлсу с резекцией сигмовидной кишки.



Усовершенствованный способ хирургического лечения ВПК в сочетании с долихосигмой включал лапаротомию, рассечение тазовой брюшины, мобилизацию толстой и прямой кишки, выделение прямой кишки до тазового дна, имплантацию полипропиленовой сетки к пресакральной фасции в области промонториума, ректопексию к сетке путем оборачивания ее вокруг прямой кишки, резекцию сигмовидной кишки, формирование коло-ректоанастомоза и послойное ушивание, отличается тем, что при ректопексии полипропиленовую сетку оборачивают вокруг прямой кишки на 360°, после резекции сигмовидной кишки культю прямой кишки ушивают наглухо и формируют коло-ректоанастомоз конец в бок на 2-3 см ниже места ректопексии.

Результаты исследования. Выполнение предложенного способа ректопексии в сочетании с резекцией сигмовидной кишки позволило снизить частоту ранних послеоперационных осложнений с 30,2% (у 13 из 43 пациентов в группе сравнения) до 7,9% (у 3 из 38 пациентов в основной группе; критерий $\chi^2=6,350$; $df=1$; $p=0,012$), при этом сократить необходимость в проведении дополнительных консервативных мероприятий с 25,6% до 7,9% и нивелировать вероятность развития несостоятельности швов анастомоза и необходимость повторного вмешательства (4,7% в группе сравнения) ($\chi^2=6,673$; $df=2$; $p=0,036$), что обеспечило укорочение продолжительности всего госпитального этапа с $14,9\pm 2,4$ до $12,7\pm 1,6$ суток ($t=4,94$; $p<0,05$). С учетом того, что в группе сравнения в отдаленном периоде пассаж кишечного содержимого задерживается как на уровне анастомоза, так и на уровне ректопексии у 28,6% пациентов (у 10 из 35) отмечена тяжелая степень запора с транзитом более 96 часов, тогда как наложение анастомоза ниже уровня ректопексии и применения композитного покрытия поверх сетчатого имплантата в основной группе позволило снизить этот показатель до 12,1% (у 4 из 33 пациентов) и в целом по группе обеспечить более ускоренный транзит (до 48 часов у 33,3% против 8,6% в группе сравнения; критерий $\chi^2=8,950$; $df=3$; $p=0,030$), со снижением среднего балла по кливлендской шкале запоров в группе сравнения только с $13,0\pm 2,4$ до $11,1\pm 2,3$ ($Md\pm\delta d = 1,8\pm 0,9$; $t=11,72$; $p<0,05$), а в основной группе с $13,4\pm 2,5$ до $8,0\pm 1,8$ ($Md\pm\delta d = 5,4\pm 2,6$; $t=12,16$; $p<0,05$) с уровнем достоверности между группами - $t=6,22$; $p<0,05$. Частота регресса степени НАС с увеличением доли отсутствия этого осложнения составила 31,4% (у 11 из 35 пациентов) в группе сравнения и 60,6% (у 20 из 33 пациентов) в основной группе, тогда как НАС 3 степени определен у 17,1% и 9,1% больных соответственно (критерий $\chi^2=34,233$; $df=3$; $p<0,001$), со снижением показателя среднего балла по шкале Wexner с $8,7\pm 3,3$ до $6,0\pm 3,9$ ($Md\pm\delta d = 2,7\pm 2,0$; $t=8,15$; $p<0,05$) в группе сравнения и с $9,3\pm 3,0$ до $3,7\pm 3,6$ ($Md\pm\delta d = 5,6\pm 2,6$; $t=12,25$; $p<0,05$) в основной группе (между группами - $t=2,53$; $p<0,05$).

Вывод. Предложенная методика ректопексии с резекцией сигмовидной кишки позволила сократить частоту отдаленных послеоперационных осложнений, требующих дополнительных хирургических мероприятий или (и) существенно влияющих на качество жизни пациентов с 46,5% до 18,4% ($\chi^2=8,480$; $df=3$; $p=0,038$), а также улучшить



частоту достигнутых хороших результатов операций с 25,6% до 52,6% с сокращением частоты неудовлетворительных результатов с 32,6% до 10,5% ($\chi^2=8,392$; $df=2$; $p=0,016$).

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ

Алибеков Ш.О., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Максумова Д.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Анализ научных источников и доступной литературы показал, что до сегодняшнего дня эпидемиологические исследования как инструмент в основном используются среди ВИЧ-неинфицированной популяции. Эпидемиологические показатели, по имеющимся результатам различных исследований, представляют ценность с точки зрения не только фундаментально-прикладной науки, но и социально-экономической значимости. В связи с этим, присоединяясь мнениям современных исследователей и исходя из полученных результатов среди ВИЧ-неинфицированной популяции, можно утверждать, что скопленные научные факты у ВИЧ-неинфицированного населения, безусловно, служат основой для продолжения работ по изучению терапевтического континуума на фоне ВИЧ-инфекции.

Цель: изучение характеристики микроэлементозов у Вич инфицированных мужчин и женщин города Андижан

Материалы и методы: Материалом нашего исследования явилось Вич-инфицированное мужское и женское население города Андижан.

Результаты анализа нашего исследования свидетельствуют, что микроэлементозы (МТОЗы) у ВИЧ-инфицированного населения встречаются высокой частотой (85,2%). Сравнительно часто МТОЗы наблюдаются у мужчин (91,8%), чем у женщин (79,1%), $P<0,05$. Наиболее высокие показатели распространенности МТОЗов приходится к тяжелым их формам (38,2%), а умеренно и значительно выраженные МТОЗы встречаются сравнительно меньшей частотой – по 18,5% ($P<0,05$) и 26,9% ($P<0,05$) соответственно.

Частота выявляемости МТОЗов с возрастом возрастает более чем в 1,5 раз или на 27,2% ($P<0,05$). Увеличение частоты МТОЗов в наибольшей степени наблюдается в возрастных группах 30-39 лет (74,5%), 40-49 лет (93,2%) и > 50-59 лет (100,0%). Сравнительно меньше МТОЗы диагностируется в группе ВИЧ-инфицированных пациентов 20-29 лет (72,8%).

По мере увеличения возраста пациентов с ВИЧ-инфекцией наблюдается прямолинейный рост частоты выявляемости тяжелых форм МТОЗов: от 51,1% в 20-29 лет до 59,9% - в 30-39 лет ($P>0,05$), 74,0% - в 40-49 лет ($P<0,05$) и до 81,8% - в > 50-59 лет соответственно ($P<0,05$). Умеренная и значительно выраженные МТОЗы в различных возрастных группах обследованных ВИЧ-пациентов диагностировались с различием в уровнях следующим образом: в 20-29 лет – по 9,3% и 29,4% ($P<0,001$), в 30-39 лет – по 15,5% и 24,8% ($P<0,05$), в 40-49 лет – по 7,4% и 17,6% ($P<0,01$) и в 50-59 лет – по 9,1% и 18,2% ($P<0,01$) соответственно.



Следует отметить, что нарушение микроэлементного статуса более агрессивный характер приобретает начиная с 30-лет и сравнительно меньшей частотой МТОЗы встречаются в группе пациентов молодого возраста. Так, в возрасте до 30 лет частота МТОЗов составляет 72,8%, а после 30 лет – 89,2% ($P < 0,05$).

Вывод. Таким образом, понимание практикующими врачами и осознание самими ВИЧ-пациентами необходимости поддержания микроэлементного статуса поможет внести существенный вклад в профилактике и снижение риска терапевтического континуума.

ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Алибоев М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди широко распространенной тиреоидной патологии заболевания загрудинно расположенной щитовидной железы встречаются в 5 - 6% случаев. Единственным методом лечения больных данной категории является хирургический способ.

При оперативном лечении пациентов с патологией щитовидной железы, расположенной загрудинно, количество интра и постоперационных осложнений может достигать до 10%. При этом основными причинами осложнений могут быть как традиционные трудности, характерные для всех операций на щитовидной железе, так и особенности, связанные с локализацией загрудинного компонента. Следует отметить, что к хирургическим осложнениям при данных операциях из шейного доступа часто приводят попытки слепого «вылущивания» нижнего тиреоидного полюса. Кроме того, нередко требуется переход на более травматичные вмешательства, а именно стернотомию или торакотомию. Неоднозначность методики хирургического вмешательства у пациентов с различными заболеваниями загрудинно расположенной щитовидной железы делает необходимым поиск новых путей профилактики специфических интра и послеоперационных осложнений.

Цель: Улучшение результатов хирургического вмешательства у больных с заболеваниями загрудинно расположенной щитовидной железы.

Материалы и методы: Нами проанализированы **Результаты** хирургического лечения 35 больных загрудинно расположенной щитовидной железой. Среди оперированных были 4 (10%) пациента с узловым нетоксическим зобом, 15 (42,5%) – с многоузловым нетоксическим зобом, 2 (5%) – с рецидивным многоузловым зобом, 2 (4%) – с диффузным токсическим зобом, 5 (10%) – с аутоиммунным тиреоидитом, 8 (20%) – с аденомой щитовидной железы и 2 (5%) пациента с тиреоидной карциномой.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



При обследовании больных мы придавали особенное значение визуализирующим методам исследования, таким как УЗИ, компьютерная и магнитнорезонансная томография органов шеи и средостения. Полученная информация о топографо - анатомических особенностях границ нижних полюсов железы имела большое значение при планировании тактики хирургического вмешательства.

При хирургическом лечении больных использовали усовершенствованную методику оперативного вмешательства из шейного доступа с соблюдением определенной этапности при мобилизации щитовидной железы. Доступ к щитовидной железе осуществлялся воротниковым разрезом. Углы операционной раны располагались на уровне медиальных краев грудино ключично сосцевидных мышц. При необходимости, для более хорошего обзора и удобного манипулирования в условиях небольшого разреза отодвигали предгортанные мышцы при помощи крючок Фарабева. Производили оценку размеров, консистенции, структурных и топографо - анатомических особенностей щитовидной железы. Суть методики заключается в обеспечении максимальной мобильности удаляемой тиреоидной доли с загрудинным компонентом при мобилизации ее сверху вниз.

Возможность атравматичного перемещения нижнего полюса в ложе щитовидной железы обуславливается тем, что этиологически загрудинная локализация тиреоидной ткани является приобретенной патологией. Важным условием при этом является, в первую очередь, полная мобилизация верхнего полюса и средней части щитовидной железы. При данном способе для облегчения мобилизации загрудинно расположенной части щитовидной железы мы начинали вмешательства с пересечения перешейка в продольном направлении после отделения его от трахеи тупым способом. Следующим этапом мобилизовывали верхний полюс железы с выделением и пересечением после перевязки верхних тиреоидных артерий, вен и лимфатических сосудов. Данная последовательность технических приемов позволяла достигать максимальной мобильности удаляемой доли щитовидной железы для выведения ее загрудинной части с наименьшей травматичностью и предотвращением интраоперационных осложнений. Вмешательство на щитовидной железе завершали тщательной ревизией ее ложа и окружающих структур – целостности магистральных сосудов шеи, возвратных гортанных нервов, паращитовидных желез, трахеи, перстне - щитовидной мышцы. Особое внимание уделяли загрудинной части дна раны. Для предупреждения деформации шеи в зоне операции и развития сращений трахеи с платизмой и подкожной клетчаткой производили тщательное восстановление мышечно - фасциального каркаса. При закрытии раны оставляли резиновую полоску для аспирации. На 2 - 3 сутки после операции больным определяли уровень в крови Са, Р, тиреоидных гормонов и производили ларингоскопическое исследование гортани.

Результаты: Анализ результатов лечения указанной группы больных показал, что при использовании предложенного вмешательства необходимости в расширении операционного доступа не возникло. К тому же, клинических ларингоскопических



признаков нарушений деятельности гортани и ротоглотки, стойкого гипопаратиреоза, кровотечений и воспалительных процессов в ране зафиксировано не было. В послеоперационном периоде нами выявлен 1 (2,5%) случай транзиторного гипопаратиреоза, который легко был купирован консервативными мероприятиями.

Выводы: Таким образом, для улучшения результатов хирургического вмешательства у больных с заболеваниями загрудинно расположенной щитовидной железы из шейного доступа, необходимо соблюдение определенной и четкой этапности при мобилизации тиреоидной доли с отдельной перевязкой ветвей нижних и верхних щитовидных сосудов, визуализацией и выделением паращитовидных желез, возвратного и, при необходимости, верхнего гортанного нерва. Именно вышеуказанные обстоятельства позволили достигнуть уменьшения количества интра и послеоперационных осложнений при необходимом объеме вмешательства, и тем самым дали возможность улучшить **Результаты** хирургического лечения наблюдаемых больных.

НЕКОТОРЫЕ РАЗМЕРНО-КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОСЛЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ ОБЩЕГО ПЕЧЕНОЧНОГО ПРОТОКА

Алиева Н.Г.

Азербайджанский медицинский университет

Актуальность темы. В новейшее время отсутствие достоверных научных знаний о морфологии лимфоидных производных внутрипеченочных желчных протоков затрудняет диагностику и лечение различных патологий печени, связанных с этими структурами. По этой причине изучение особенностей строения внутрипеченочных желчных протоков на созданных в эксперименте моделях патологии печени имеет не только теоретическое, но и практическое значение. Многие патологические процессы, протекающие в желче **Выводящих** путях, связаны с холестазом, который характеризуется накоплением компонентов желчи в ее паренхиме и повреждением эпителиальных клеток вследствие повышения гидростатического давления во внутренних сосудах печени. Большое функциональное значение при холестазе имеют дренажные структуры печени, обеспечивающие удаление застойных компонентов желчи. Поэтому точные сведения о морфологии структурных компонентов желче **Выводящих** путей необходимы не только для правильного понимания функции этих путей в разном возрасте, но и при патологии желче **Выводящих** путей.

Вышеизложенное создало основу для планирования выполнения данной работы.

Цель исследования. Уточнить структурно-морфометрические характеристики лимфоидных образований внутрипеченочных желчных протоков животных после механической блокады общего печеночного протока.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Материалы и методы исследования. Работа проведена на 30 кроликах (15 в основной группе, 15 в контрольной). Содержание животных и их эвтаназия осуществлялись в соответствии с Директивой Совета Европы «О защите животных, используемых в экспериментальных и научных целях» (86/609 CE).

Методом Т. Helman изучены тотальные препараты лимфоидных производных внутрипеченочных желчных протоков, взятых из животных. Микроанатомия лимфоидных структур была изучена на микроскопических препаратах. Микроскопические препараты были окрашены по Ван Гизону, гематоксилин-эозином, метиленовым синим.

На препаратах измеряли процентное количество, длину, площадь лимфоидных узелков, содержание и плотность расположения клеток лимфоидного ряда в лимфоидных образованиях (их количество, приходящееся на единицу площади окулярной сетки, с последующим переводом относительно площади 1мм² среза).

Измерения проводились по отдельности во внутрипечёночных протоках, начиная от ворот печени до желчных протоков (правые и левые печеночные, междольковые, дольковые протоки). Исследования проводились в проходящем (подсветка снизу) и отраженном свете, для этого использовались налобная лупа и микроскоп МБС-9 (ув.8-64х).

Результаты исследования. Согласно полученным данным, в стенках внутрипеченочных желчных протоков определяются все морфогенетические формы лимфоидных образований – лимфоциты в покровном эпителии, диффузная лимфоидная ткань, лимфоидные узелки. Значительная часть лимфоидных узелков имеет центр размножения, что свидетельствует об активном антигенном воздействии лимфоидных образований слизистой оболочки этой анатомической области. В составе всех лимфоидных образований стенок внутрипеченочных желчных протоков (диффузная лимфоидная ткань, лимфоидные узелки) преобладают лимфоциты, постоянно определяются макрофаги, ретикулярные клетки, плазмоциты и другие клетки лимфоидного ряда.

Нами были выявлены существенные изменения лимфоидного аппарата внутрипеченочных желчных протоков после механической блокады общего печеночного протока. После механической блокады определяется существенная регрессия размерно-количественных показателей лимфоидных структур внутрипеченочных желчных протоков. Так, процентное количество лимфоидных узелков после механической блокады в дольковых протоках в 2,5 раза ($P<0,001$), в междольковых протоках- в 2,7 раза ($P<0,001$), в правых и левых печеночных протоках в 2,5 раза ($P<0,001$) уменьшается, чем в группе сравнения.

Площадь лимфоидного узелка после механической блокады в дольковых протоках в 1,5 раза ($P<0,001$), в междольковых протоках- в 1,6 раза ($P<0,001$), в правых и левых печеночных протоках в 1,8 раза ($P<0,001$) уменьшается, по сравнению с контрольной группой.



Длина лимфоидного узелка после механической блокады в дольковых протоках в 1,4 раза ($P < 0,001$), в междольковых протоках - в 1,6 раза ($P < 0,001$), в правых и левых печеночных протоках в 1,9 раза ($P < 0,001$) уменьшается, чем в группе сравнения.

Выявленным структурно-размерным изменениям соответствует уменьшение содержания клеток лимфоидного ряда во всех морфогенетических формах лимфоидных образований. Так, по сравнению с контрольной группой, после механической блокады плотность расположения клеток лимфоидного ряда уменьшается в диффузной лимфоидной ткани в 1,9 раза ($P < 0,001$), в лимфоидных узелках без центра размножения в 1,6 раза ($P < 0,05$), в лимфоидных узелках с центром размножения в 1,6 раза ($P < 0,05$) и в мантийной зоне лимфоидных узелков в 1,5 раза ($P < 0,05$).

После механической блокады количественные изменения сопровождаются качественными изменениями клеточного состава лимфоидных образований внутрипеченочных желчных протоков. Так, в составе лимфоидных узелков уменьшается содержание лимфоцитов (в 1,1-1,2 раза, $P < 0,01$) и клеток лимфоидного ряда, находящихся в состоянии митоза (в 9,8-11,8 раза, $P < 0,001$). Более того, эти клетки в составе диффузной лимфоидной ткани и мантии лимфоидных узелков выявляются эпизодически или полностью отсутствуют, что свидетельствует о резком угнетении лимфоцитопозитивных процессов. После механической блокады количество клеток лимфоидного ряда с признаками деструкции во всех лимфоидных образованиях существенно нарастает (в 8,9 раза, $P < 0,05$).

Вывод. Таким образом, после механической блокады общего печеночного протока лимфоидный аппарат внутрипеченочных желчных протоков животных подвергается существенной регрессии. Эта выражается уменьшением размерно-количественных показателей. Уменьшается длина, плотность расположения и площадь лимфоидных узелков, нарастает клеточная деструкция в лимфоидных образованиях.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК

Алиева П.Р

Ургенческий филиал Ташкентская Медицинская Академия,

Лекарственное поражение почек (ЛПП) - самое частое осложнение лекарственной терапии. Клиническое значение проблемы связано как с частотой ЛПП в практике врачей любой специальности, так и с тяжестью клинических проявлений.

Цель исследования – изучить особенности ЛПП в Областном Детском Многопрофильном Медицинском Центре

Проанализированы истории болезни пациентов, находившихся с 2016 по 2018 гг. в нефрологическом отделении Областного Детского Многопрофильного Медицинского Центра по поводу ЛПП.



Группа состояла из 11 мальчиков и 16 девочек, возраст которых составлял 7-16 лет. Причиной ЛПП стали: антибиотики - у 7, нестероидные противовоспалительные препараты – у 9, диуретики – у 8, **Введение** контрастного вещества - у 3. Поводом для назначения препарата в большинстве случаев послужили болевой синдром и инфекционно-воспалительные заболевания. Исходное поражение почек было у 18 пациентов: хронический пиелонефрит - у 8, врожденные аномалии строения или расположения почек - у 6, хронический латентный гломерулонефрит – у 4. В нашем наблюдении у подавляющего числа пациентов наблюдалась острая форма ЛПП с клиникой неолигурической острой почечной недостаточности.

В процессе лечения 17 пациентам потребовалось назначение глюкокортикостероидов. В исходе ЛПП у 16 пациентов отмечено полное восстановление функции, у 7 пациентов лишь частичное восстановление функции почек, в 4 переход на гломерулонефрит случаях до исходного уровня, Во всех случаях неблагоприятного исхода ЛПП имелась предшествующая патология почек.

Выводы. Назначение лекарственных препаратов всегда сопряжено с риском развития поражения почек, особенно на фоне предшествующей почечной патологии. При назначении таких широко применяемых препаратов, как антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты врачам нельзя забывать о безопасности терапии.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПОТРОФИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Алиева П.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность темы: Здоровье и благополучие детей - главная забота семьи, государства и общества в целом. На рост и развитие ребёнка оказывают своё влияние как эндогенные факторы - здоровье родителей, так и факторы внешней среды - питание, заболевания, уход, воспитание.

Цель и задачи исследования: Изучить этиологические факторы и структуру гипотрофии у детей раннего возраста. Определить достоверность рутинных лабораторных методов для диагностики нарушений белкового обмена при гипотрофии. Исследовать особенности метаболизма белка у детей с гипотрофией по содержанию в сыворотке крови трансферрина и α_1 -антитрипсина.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 138 детей в возрасте 1 - 35 месяцев. Была создана "популяционная" выборка с выделением двух групп клинического наблюдения: 75 детей с гипотрофией и 63 ребенка с нормальным физическим развитием. Всем детям проводилось общепринятое клиническое обследование, включающее в себя сбор жалоб и анамнеза, антропометрию, общий осмотр. Обращает на себя внимание то, что в группе детей с



дефицитом массы тела преобладали девочки, что возможно, связано с особенностями телосложения и динамики массы тела в зависимости от пола, которое имеет место уже в этом возрасте. Клиническое наблюдение детей включало: оценку общего состояния ребенка, аускультативные данные, мониторинг жизненно важных функций (ЧСС, ЧД), термометрию, контроль массы тела для оценки усвоения сбалансированного вскармливания. Была проведена оценка толщины подкожной жировой клетчатки в области «suprailiaca».

Результаты. Среди обследованных нами детей встречалась чаще в группе детей, родившихся недоношенными. Согласно полученным результатам, в группе детей с дефицитом массы среднее содержание α -1-антитрипсина в крови составило $1,58 \pm 0,31$ г/л (95% ДИ 1,47 - 1,69), что достоверно выше, чем в контрольной группе - $1,36 \pm 0,17$ г/л (95% ДИ 1,30 - 1,42). По нашим данным у 62,5% детей с белково-энергетической недостаточностью уровень α -1-антитрипсина в крови повышен, что может свидетельствовать о повышенном катаболизме белка в этой клинической группе. В случае низкого уровня трансферрина в этой группе обосновано применение анаболических средств.

Выводы. Рутинные методы диагностики нарушений белкового обмена при гипотрофии. Комплексная оценка содержания у детей с гипотрофией сывороточного трансферрина и α 1-антитрипсина по подсчету индекса катаболизма белка позволяет выявлять направленность белкового обмена и дифференцированно назначать метаболические средства.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ.

Аллаев М.Я., Абдувалиева Ч.М., Кадиров К.З., Халилов Ш.К.

Андижанский Государственный медицинский институт

Отделение детской хирургии Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (АФРНЦЭМП).

Актуальность: В структуре гнойно воспалительных заболеваниях бронхолегочной системы ведущее значение принадлежит острой бактериальной деструкции легких (ОБДЛ), у детей. Несмотря на многочисленные изучение и разработке различных методов лечения частота встречаемость и различных осложнений от этой патологии сохраняется на достаточных высоких цифрах. Это вынуждает поисках в этой направлении.

Цель исследования. Совершенствование ранней диагностики и комплексного подхода к лечению, реабилитации, а также профилактики рецидивов.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования явилось 112 детей различного возраста (от 1-го до 15 лет) страдающих различной формой



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



бактериальной деструкции легких находящихся на лечении в отделение детской хирургии Андзжанского филиала научного центра экстренной медицинской помощи (АФРНЦЭМП) за последних 3 лет. (2019-2022гг.) При обследовании и лечении применены общеклинические, рентгенологические бронхоскопические, УЗИ, пункционно-дренирующие, лабораторные и при необходимости компьютерно- томографические методы исследования.

Из общего число 112 (100%) больных с внутрилегочной формой деструкцией было 69 (61,6%) и с легочно-плевральным осложнениям 43 (38,4 %).

Внутрилегочные с буллезной и мелкоочаговой-множественной деструкцией-19; лобитом-38; с абсцедирующей формой-12.

Легочно-плевральными осложнениями пилотораксом-24; пиопневмотораксом-14 и с пневмотораксом-5.

Результаты исследования. Принципы лечения зависел от формы, течение патологического процесса и возраст больного.

При внутри легочных формах начальная тактика была консервативная, при неэффективности перешли к хирургической, которой зависел от характера поражения. При прорывах абсцесса в бронх в 7 случаев (из 12) через бронхиального катетеризировали полости абсцесса, в 2-х случаев пункционным методом санировали полости абсцесса, а в 3-х с прорывом в плевральной полости дренировали плевральной полости.

При легочно-плевральных осложнениях дренирующие методы применяли при неэффективности пункционных методов и тяжелых плевральных осложнениях у дренирование плевральной полости и длительность зависел от вида осложнение.

Из 43 плевральной осложнений в 7 случаев пункционным и консервативным методом; в 33 случаев консервативно-хирургическим методом (дренирующим). В 2-х случаях при фибротораксе применяли радикальной хирургические методы декорткации легкого, а в одном произвели сегментэктомии при больших бронхиальных свищах.

В 3-х случаях наблюдали медиастинальной формой деструкций с осложненной подкожной эмфиземой грудной клетки, шеи и области лица. Которые были ликвидированы супраугулярной стернотомией.

При тяжелых рецидивирующих формах внутрилегочной деструкции применяли метод регионально-лимфотропной антибиотикотерапии по средством микро ирригатора установленного через заднего средостения вблизи у корня лёгкого.

После выписки из стационара больному следует рекомендовать в течение года находится в диспансерном наблюдение и амбулаторное лечение участковым педиатром и хирургом по место жительства.

Осуществить ЛФК и физиотерапевтическое лечение.

Выводы. Своевременная диагностика, комплексная лечебная тактика и соответствующая реабилитация с комбинацией регионально-лимфотропной



антибактериальной терапии дает возможность улучшить непосредственного исходы лечения ОБДЛ у детей, а также уменьшает расходы антибиотиков.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ КОМПЛЕКСОВ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Аманов К., Аманова Г.К., Махпиева Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Болезни органов дыхания наиболее широко распространенная причина потерь здоровья у детей. Их удельный вес в структуре первичной заболеваемости детского населения составляет около 50%. Среди хронических заболеваний легких по своей распространенности, тяжести, возможности инвалидизации и опасности для жизни лидирующие позиции занимает бронхиальная астма (БА). В последние годы отмечается неуклонный рост числа детей, больных бронхиальной астмой

Цель исследования: оценка эффективности реабилитации детей, больных бронхиальной астмой, при включении в санаторный комплекс поливитаминно-минеральных препаратов и биологически активных добавок на основе босвеллиевых кислот.

Материалы и методы исследования. С целью изучения эффективности поливитаминно-минеральных препаратов (Пиковит, Кобовит) и биологически активной добавки на основе босвеллиевых кислот (Бронходиол) в санаторной реабилитации больных бронхиальной астмой под наблюдением находилось 144 ребенка в возрасте 7-14 лет (средний возраст $11,3 \pm 3,1$ года). Все больные были разделены на 2 группы: 1 группа (основная) - 72 ребенка, в реабилитации которых кроме традиционного санаторного комплекса использовались Пиковит (у 20 детей), Кобовит (у 27 детей) и Бронходиол (у 25 детей) и 2 группа (контрольная) - 72 ребенка, в реабилитации которых в те же сезоны использовался традиционный санаторный комплекс. Кроме этого все они получали соответствующее основным подгруппам плацебо. Средний возраст детей основной группы составил $11,0 \pm 1,5$ года, контрольной - $10,9 \pm 1,3$ года. Следует отметить, что в обеих группах преобладали мальчики, которые составляли 65,3% и 68,1% соответственно. Большинство детей были со среднетяжелой формой заболевания: в основной группе - 48 (66,7%), в контрольной группе - 49 (68,1%). Все группы были рандомизированы методом случайной выборки. Возрастно половой состав исследуемых групп и структура тяжести бронхиальной астмы были идентичными. Дизайн исследования в отношении групп получавших Кобовит, пиковит и Бронходиол - двойное, слепое, рандомизированное, плацебо-контролируемое с катамнезом. Катамнестическое клиничко-лабораторное наблюдение осуществлялось в течение 12 месяцев..



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Результаты и их обсуждение. На основании анамнестических данных было установлено, что у наблюдаемых больных основной и контрольной групп имела место высокая наследственная отягощенность соматическими заболеваниями у 59 (у 81,9%) и у 57 (у 79,2%) 88 соответственно. У детей обеих групп часто отмечалась наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями - у 51 (у 70,8%) и у 52 (у 72,2%), соответственно. Установлено, что матери 48 (66,7%) детей основной и 51 (70,8%) контрольной группы имели отклонения в течение беременности и родов. При этом у 45 (у 62,5%) матерей основной группы отмечались токсикозы первой и второй половины беременности. Во время беременности 36 (50%) женщин перенесли острые респираторные инфекции, у 26 (у 36,1%) женщин имелись хронические заболевания. В связи с этим 36 (50%) женщин во время беременности получали лекарственную терапию. В контрольной группе патология беременности и родов отмечалась примерно с той же частотой. Почти у всех больных имели место те или иные воздействия на организм. По группам наблюдения характер воздействующих неблагоприятных факторов был идентичным. Первое место по частоте в обеих группах занимали острые заболевания (в 73,6 % и 68,1% случаев, соответственно) и прием лекарственных препаратов (в 52,8% и 66,7% случаев, соответственно). В связи с БА 36 (50%) детей 1 группы и 38 (52,8%) детей 2 группы вынуждены были соблюдать гипоаллергенную диету, т.е. питание было не всегда полноценным и рациональным. У 24 (у 33,3%) как в основной, так и контрольной группе, отмечалось воздействие неблагоприятных факторов в период постнатального развития, имели место хронические заболевания различных органов и систем. Структура хронической патологии у больных БА была представлена почти всеми классами болезней. Следует отметить, что начало заболевания БА.

Выводы. Поливитаминно-минеральные препараты (Пиковит, Кобовит) и биологически активная добавка на основе босвеллиевых кислот (Бронходиол) повышают клиническую эффективность санаторной реабилитации детей с легкой и среднетяжелой бронхиальной астмой на 40%, 48,5% и 36%, соответственно. При этом увеличивается продолжительность ремиссии, сокращается частота и продолжительность эпизодов острых респираторных инфекций. Пиковит, Кобовит и Бронходиол при реабилитации больных бронхиальной астмой оказывают положительное влияние на функцию внешнего дыхания: нормализуют показатели спирометрии и пикфлоуметрии, улучшают переносимость физической нагрузки, снижают суточную вариабельность.



РОЛЬ МИКРОНУТРИЕНТОВ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ.

Аманов К., Аманова Г.К

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы среди педиатров сформировалась концепция пищевого программирования, согласно которой, характер питания ребенка в раннем возрасте предопределяет (программирует) особенности его метаболизма на протяжении всей последующей жизни и, как следствие, предрасположенность к определенным заболеваниям и особенностям их течения (Law С.М.,1996; Phillips D.,1996; Lucas A., 1998; Eriksson J.G.,2001; Захарова И.Н.,2007). В свете данной концепции разработка рекомендаций по питанию детей раннего возраста должна проводиться не только с позиции оптимизации качественного и количественного состава пищевого рациона, обеспечивающего потребности растущего организма в настоящий момент, но и с учетом 82 возможного влияния характера питания на состояние метаболизма организма человека в последующем

Цель работы - оптимизация созревания и функционирования зрительного анализатора, пищеварительной и иммунной систем, нервно-психического и физического развития детей раннего возраста, находящихся на искусственном вскармливании, посредством влияния, оказываемого микронутриентами, входящими в состав адаптированной молочной смеси серии «Голд» - «А Gold-1».

Материалы и методы исследования. Клиническое исследование выполнено в соответствии с принципами Good Clinical Practice (1991) и представляло собой рандомизированное, контролируемое, открытое медицинское исследование, одобренное этическим комитетом. Согласно разработанному протоколу, дети, находившиеся на искусственном вскармливании, отбирались в группы методом случайной выборки после получения от родителей информированного согласия об участии в исследовании. Были сформированы три группы: • исследуемая группа (n=30) - дети, находившиеся на искусственном вскармливании смесью, обогащенной микронутриентами - «АГУША Gold-1»; • группа сравнения (n=30) - дети, находившиеся на искусственном вскармливании стандартной «традиционной» адаптированной молочной смесью - «АГУША Original-1»; 83 • группа контроля (n=30) - 30 детей, находившихся на исключительно грудном вскармливании (матери соблюдали режим дня и питания, исключались курение, приём алкоголя, выполнялись рекомендации врача).

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническо-anamnestическая характеристика обследованных детей. Выяснено, что пищевые привычки семьи, образ жизни оказывают существенное влияние на выбор вскармливания у детей первых месяцев жизни и заинтересованность матери в продолжительном грудном вскармливании. Нарушения общего состояния здоровья (наличие соматической



патологии, обострений хронических заболеваний), а также неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез оказывают неблагоприятное влияние на «настроенность» матери на исключительно грудное вскармливание. Меньшее влияние на характер вскармливания оказывает материальное положение семьи. Физическое развитие обследованных детей. Анализируя данные физического развития, в ходе исследования нами было установлено, что в группе детей, находящихся на искусственном вскармливании, показатели физического развития достоверно не отличались от таковых детей на грудном вскармливании и соответствовали возрастным нормам.

Выводы: Показатели физического развития детей, вскармливаемых смесью «АГУША СоШ-1», дополнительно обогащённой микронутриентами [со-3 и со-6 ПНЖК (ДГК, АК), про- и пребиотиками, нуклеотидами], по сравнению с аналогичными показателями детей, получающих питание, не содержащее данных компонентов, не имеют статистически значимых ($p > 0,05$) различий. Кормление младенцев смесью «АГУША СоШ-1» способствует уменьшению проявлений минимальных пищеварительных дисфункций, достоверно снижая частоту срыгиваний ($p < 0,05$) в 3,6 раза, кишечных колик ($p < 0,01$) в 6 раз, уменьшая содержание углеводов в кале, а также купированию проявлений мальдигестии. Смесью «АГУША СоШ-1» оказывает влияние на характер и частоту стула, приближая данные показатели к таковым при грудном вскармливании, а также оказывает синбиотический эффект, способствуя становлению пищеварительных функций, микробиоценоза кишечника, сравнимое с таковым при грудном вскармливании [достоверно ($p < 0,01$) реже отмечается снижение бифидо- и лактобактерий и повышение содержания условно-патогенной флоры в 7,6 раз].

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА

Амирова В.Р., Ахмадеева Э.Н., Грешилов А.А., Шолохова А.В.
ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России,
г.Уфа

Актуальность: Респираторно-синцициальный вирус (РСВ) является наиболее частой причиной развития инфекции нижних дыхательных путей (ИНДП) у детей первых двух лет жизни. По данным Всемирной организации здравоохранения, РСВ является этиологическим агентом 50% пневмоний и 90% бронхолитов в младенческом возрасте. Недоношенные дети, рожденные до 35 недели гестации, пациенты с бронхолегочной дисплазией (БЛД), дети с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца (ВПС) относятся к группе высокого риска тяжелого течения РСВ инфекции (РСВИ), протекающей с поражением нижних дыхательных путей. Возрастающая при этом



потребность в оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, необходимость проведения интенсивной терапии и респираторной поддержки приводит к значительным человеческим и экономическим издержкам, ложась тяжелым бременем на систему здравоохранения. В общемировом масштабе РСВИ является второй по частоте причиной младенческой смертности. Летальность у пациентов из групп риска составляет 1-8,6%.

На сегодняшний день единственным зарегистрированным в Российской Федерации гуманизированным моноклональным антителом для профилактики РСВИ является Паливизумаб. Он включен в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и разрешен к применению в нашей стране с 2010 года. Безопасность и эффективность Паливизумаба установлены в ряде рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, систематических обзорах и метаанализах.

Цель исследования. Определить влияние пассивной иммунизации препаратом Паливизумаб на показатели заболеваемости острыми респираторными инфекциями у недоношенных детей из группы риска.

Материалы и методы. В одноцентровое ретроспективное когортное исследование было включено 516 недоношенных детей, родившихся до завершения полных 35 недель гестации, и достигших возраста 1 года жизни в период с апреля 2020 года по апрель 2022 года. Исследование проводилось на базе Кабинета катамнеза Республиканского клинического перинатального центра, г.Уфа. Пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы: 1-я группа - 250 детей, получивших хотя бы однократную иммунизацию против РСВИ в дозе 15 мг/кг, 2-я группа – 266 детей без иммунизации. В обеих группах определяли долю детей, обратившихся в поликлинику в связи с острыми респираторными инфекциями (ОРИ), и госпитализированных в связи с инфекциями нижних дыхательных путей (ИНДП).

Результаты исследования. Установлено, что детям, родившимся на гестационном сроке ≤ 32 недель, иммунопрофилактика проводилась чаще, чем детям, родившимся на гестационном сроке 32-35 недель - 58,1% против 37,2% ($p < 0,001$); так же чаще они получали 3-5 инъекций Паливизумаба - 32,9% против 17,9% ($p = 0,018$). Доля детей, обратившихся в поликлинику по поводу ОРИ среди иммунизированных была ниже, чем среди не иммунизированных – 63,6% против 82,0% ($p < 0,001$; ОР 0,77, 95% ДИ 0,69-0,86). Обратились за медицинской помощью в связи с ОРИ 70,2% детей, получивших паливизумаб 1-2 раза, против 53,3% детей, получивших препарат 3-5 раз ($p < 0,001$; ОР 1,51, 95% ДИ 1,15-1,98). Среди иммунизированных младенцев достоверно ниже оказалась доля детей, госпитализированных по поводу бронхита – 24,0% против 31,6% ($p = 0,045$; ОР 0,74, 95% ДИ 0,55-0,99). Наибольший эффект паливизумаб продемонстрировал в группе детей, родившихся на сроке гестации 32 недели и менее: доля иммунизированных детей, обратившихся в поликлинику по поводу ОРИ, оказалась значительно ниже, чем не иммунизированных – 58,3% против 83,6% ($p < 0,001$; ОР 0,69; 95% ДИ 0,61–0,81); доля госпитализированных детей среди иммунизированных составила 30,4% против 47,4%



среди не иммунизированных ($p=0,007$; ОР 0,64; 95% ДИ 0,47–0,88), в том числе госпитализированных с бронхитом - 9,9% против 33,6% ($p=0,015$; ОР 0,59; 95% ДИ 0,38–0,90).

Выводы: Исследование показало, что пассивная иммунизация препаратом Паливизумаб является эффективной, снижая показатели обращаемости в поликлинику и госпитализации по поводу острых инфекций органов дыхания у недоношенных младенцев из группы риска по тяжелому течению РСВ инфекции. Протективный эффект иммунопрофилактики наиболее выражен в группе глубоко недоношенных детей ($ГВ \leq 32$ недель), что, вероятно, обусловлено достоверно более высокими показателями кратности иммунизации этих младенцев. Эффективность иммунопрофилактики препаратом Паливизумаб косвенно указывает на существенный вклад РСВ в этиологию заболеваний органов дыхания, а также в показатели заболеваемости и госпитализаций по поводу болезней органов дыхания у детей первого года жизни.

ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НИЗКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ

Антюх К.Ю.1, Григоренко Е.А.1, Семенова Н.В.1, Васильева Н.А.2, Курушко Т.В.1,
Митьковская Н.П.1

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь
ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения», Минск,
Беларусь

Введение. С позиций доказательной медицины выявление патогенетической связи между факторами риска остеопении и артериальной гипертензией (АГ) с **Целью** персонификации методов лечения и медицинской профилактики является актуальной научно-практической задачей. Общие для АГ и остеопении механизмы развития (системное воспаление, оксидативный стресс, инсулинорезистентность, эндотелиальная дисфункция) могут приводить к изменениям архитектоники и функциональных возможностей сосудистой стенки. В частности, известно, что патологические механизмы, лежащие в основе повышения артериального давления, как показано в экспериментальных и клинических исследованиях, способны дополнительно влиять на снижение минеральной плотности костной ткани (МПК).

Цель исследования: определить частоту встречаемости традиционных факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов с артериальной гипертензией и остеопенией.

Материалы и методы исследования. На этапе планирования исследования были определены цели и задачи, критерии включения и исключения. Критерии



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



включения: пациенты в возрасте 25-59 лет с АГ I-II степени независимо от наличия остеопении. Критерии исключения: пациенты с вторичными артериальными гипертензиями; ишемической болезнью сердца; хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек, печени в стадии декомпенсации; онкологическими заболеваниями без радикального излечения; острыми инфекционными заболеваниями; обострениями хронических неинфекционных заболеваний в течение 4-х недель до включения; переломами нижних конечностей в течение 6 мес. до начала исследования, с сохранявшимся негативным воздействием на функциональный статус. Каждым пациентом дано добровольное информированное согласие на проведение исследования и обработку персональных данных. В период с января 2023 г. по май 2023 г. проведено поперечное сравнительное исследование, в которое было включено 29 пациентов. Средний возраст пациентов составил $47,8 \pm 8,3$ лет, удельный вес мужчин – 65,5% (n=19), женщин – 34,5% (n=10). Все пациенты по результатам денситометрического обследования были разделены на 2 группы: 1-я группа (основная) – пациенты с АГ и остеопенией (n=13, 44,8%), 2-я группа (контрольная) – пациенты с АГ без остеопении (n=16, 55,2%). Определение МПК проводилось с помощью рентгеновской абсорбциометрии: сканировали поясничный отдел позвоночника в зоне L1-L4 и шейку бедренной кости с измерением МПК (г/см²) и Т-критерия (количество стандартных отклонений (SD) выше или ниже среднего показателя пика костной массы у молодых) в указанных зонах измерения. Диагностика остеопении проводилась с использованием диагностических критериев ВОЗ (1994), основанных на количественной оценке МПК как определяющем факторе прочности кости. Также оценивался показатель BMD – проекционная минеральная костная плотность – bone mineral density (г/см²) в зоне L1-L4 и шейке бедренной кости. Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы проводилась электрокардиография, эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления, стресс-эхокардиография. Выполнены биохимические анализы крови, включавшие определение показателей минерального обмена: уровни общего кальция, фосфора, щелочной фосфатазы; липидного обмена: уровни общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, холестерина липопротеидов высокой плотности, триглицеридов; глюкозы крови, инсулина, высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ). Оценивались антропометрические данные: рост, вес, ИМТ, окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ). Критерием абдоминального ожирения считали индекс ОТ/ОБ>0,8. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов в зависимости от характера распределения вариационных рядов с помощью программ MicrosoftExcel, STATISTICA10 (StatSoft Inc., USA). Статистически значимыми признавались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При анализе полученных данных установлено, что такие факторы риска как дислипидемия, повышение уровня глюкозы в крови, малоподвижный образ жизни встречались у пациентов обеих групп. По данным показателям статистически значимых различий выявлено не было. Курение (в настоящем



и прошлом) отнесено к значимым факторам риска развития остеопенического синдрома. Согласно литературным источникам МПК у курильщиков в 1,5 раза ниже, чем у некурящих. Среди пациентов, включенных в исследование, такой фактор риска, как курение встречался в 38,3% случаев (n=5) в 1-й группе; 31,3% случаев (n=16) во 2-й группе. Выявлено, что остеопения достоверно чаще встречалась у мужчин-курильщиков в сравнении с некурящими мужчинами (62,5% vs 37,5%, p=0,01). Установлено, что показатель ОТ/ОБ был достоверно выше у лиц с остеопенией ($1,04 \pm 0,07$ vs $0,98 \pm 0,05$, p=0,02). Выявлена статистически значимая разница между I и II группами по уровню вч-СРБ ($1,8 \pm 0,8$ vs $1,3 \pm 0,8$, p=0,02).

Выводы: Выявлено, что распространенность дислипидемии, гипергликемии и гиподинамии у лиц с артериальной гипертензией была сопоставима в группах исследования независимо от наличия либо отсутствия изменений минеральной плотности костной ткани. Остеопения у мужчин-курильщиков с артериальной гипертензией встречалась достоверно чаще в сравнении с некурящими мужчинами (62,5% vs 37,5%, p=0,01). Показатель ОТ/ОБ у лиц с синдромом повышенного артериального давления был достоверно выше при наличии остеопении ($1,04 \pm 0,07$ vs $0,98 \pm 0,05$, p=0,02).

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОКАЛЬНЫМИ ЭПИЛЕПСИЯМИ

Арзибеков А.Г. Махпиева Г.К

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема оказания медицинской помощи детям, страдающим эпилепсией, несомненно остается актуальной для педиатрии. Судорожные состояния в общей популяции отмечаются не менее чем у 2-5% детей. Максимальная заболеваемость эпилепсией приходится на детский возраст до 15 лет. Вопросы разработки эффективной терапии, определения фармакорезистентности имеют особую **Актуальность** в детском возрасте, в связи с частым сочетанием неконтролируемых судорожных приступов с нервно-психическими расстройствами. Эти расстройства затрудняют социальную адаптацию, обучение детей, их интеграцию в общество.

Цель исследования: Обоснование тактики рациональной противосудорожной терапии резистентных фокальных эпилепсий у детей на основе оценки эффективности и переносимости новых антиэпилептических препаратов (ламотриджин, топирамат, леветирацетам) в режимдуотерапии с использованием вальпроевой кислоты в качестве базового антиконвульсанта.

Материалы и методы исследования. Среди всего контингента больных 157 (88%) детей страдали симптоматической фокальной эпилепсией, 21 (12%) - криптогенной. На момент включения в исследование средний возраст детей составил $8,8 \pm 3,7$ лет. В



возрасте от 1 до 3-х лет было 26 (14,5%) детей, от 3-х до 6 лет - 49 (27,5%), от 6 лет и старше - 103 (58%) ребенка. Возраст дебюта заболевания колебался в пределах от 2 месяцев до 12,5 лет. Дебют заболевания в возрасте до 1 года отмечался у 62 (35%) детей, от 1 года до 6 лет - у 69 (38%) детей. У 47 (27%) детей эпилептические приступы дебютировали в возрасте старше 6 лет. Средняя частота эпилептических приступов до назначения второго препарата составляла $14,2 \pm 2,6$ приступов в неделю. Изменения в неврологическом статусе были выявлены у 72 (40%) 77 детей, 92 (51%) ребенка имели задержку психоречевого развития той или иной степени выраженности.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ эффективности противосудорожной терапии у наблюдавшихся детей показал, что полная медикаментозная ремиссия наступила у 18 (21,6%) детей 1-й группы, получавших в качестве второго препарата ламотриджин. Во 2-й группе пациентов, получавших в качестве второго препарата топирамат, ремиссия была достигнута у 11 (13,4%) детей; в 3-й группе, получавшей леветирацетам, - у 35 детей (42,2%). Снижение частоты приступов на 50% и более отмечалось в 17,64% (15 детей), 14,6% (12) и 15,66% (13) случаев соответственно в трех группах. Суммарное количество пациентов, достигших полной медикаментозной ремиссии либо значительного улучшения состояния, составило 39,2%, 28%, 57,86% соответственно в трех группах. Таким образом, достоверно более часто по сравнению с другими группами ремиссия была зарегистрирована в 3-й группе детей, получавших леветирацетам. ($p < 0,05$).

Выводы. Факторами риска низкой эффективности лечения детей с фокальными эпилепсиями, получающими вальпроат натрия в сочетании с ламотриджином, топираматом или леветирацетамом служат возраст дебюта эпилепсии менее 5 лет и высокая частота приступов до начала дуотерапии. Дополнительным фактором риска при применении леветирацетама является отставание ребенка в психоречевом развитии. Побочные эффекты терапии наблюдаются более чем у трети детей с резистентной фокальной эпилепсией, получающих вальпроат натрия в сочетании с ламотриджином или топираматом, и менее чем у 5% пациентов, использующих комбинацию вальпроата натрия и леветирацетама. Фактором риска побочных эффектов при включении в дуотерапию ламотриджина является ранний возраст детей (младше 3-х лет).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Арипова Ш.Х., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Мирсалихова Н.Х., Шамсиев Б.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
педиатрии

Актуальность. Хронический бронхит – одно из самых распространенных заболеваний, симптомы которого зачастую не побуждают детей обратиться за



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



медицинской помощью и тем более – к длительной приверженности лечению. при длительном воздействии вирусов на тканевые структуры эпителия бронхов, при снижении местной защиты под действием неблагоприятных факторов или при парциальных иммунодефицитах возможно развитие хронического воспаления, и это, в свою очередь, приводит к размножению на слизистой оболочке бронхов бактерий.

Цель исследования. Изучить клинические и иммунологические особенности хронического бронхита у детей.

Материал и методы. Углублённое обследование проводилось у 105 детей с хроническим бронхитом (ХБ) в возрасте от 7 до 15 лет. Группу сравнения составили 40 больных острым бронхитом. В процессе выполнения работы использованы общеклинические, функциональные и иммунологические методы исследования. Иммунологические исследования проводились изучением уровня про- и противовоспалительных цитокинов методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем ООО «Цитокин» (Россия). Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты исследования. У обследованных больных встречались анемия 1-2 степени, остаточные явления рахита, белково-энергетическая недостаточность. Наиболее часто – у 100% детей в анамнезе отмечались заболевания ЛОР-органов (ринит, тонзиллит, аденоидит), факторы, поддерживающий воспалительный процесс. Также наблюдались заболевание желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и эндемический зоб. Основными клиническими симптомами заболевания были слабость, потливость, снижение аппетита, бледность, которые определялись в 90% случаев. Кашель был, в основном, влажный со слизисто-гнойной мокротой. Определялось укорочение перкуторного звука. При аускультации на фоне ослабленного дыхания выслушивались сухие и влажные хрипы.

При анализе спирометрических данных у больных ХБ, независимо от возраста, выявлены различные нарушения функции внешнего дыхания (ФВД). Исследования показали, что у больных с ХБ выявлены нарушения ФВД по рестриктивному типу – у 46,0% детей, по обструктивному типу – у 11,0% детей, по смешанному типу у 33,7% детей школьного возраста. Рестриктивный тип нарушения ФВД был более выражен в группах детей с ХБ старшей возрастной группы. При наличии рестриктивного типа вентиляционных нарушений у больных этой группы отмечено значительное снижение жизненной емкости легких.

Анализ показателей медиаторов воспаления у детей с ХБ в фазе обострения заболевания показал их активацию – значимое повышение уровня провоспалительных цитокинов ИЛ-6, ИЛ-8 и противовоспалительного цитокина ИЛ-4 по отношению к группе сравнения ($P < 0,001$), что свидетельствует о наличии очага хронического воспаления в легких.

Выводы. Таким образом, Выявлены факторы риска формирования хронического бронхита у детей (отягощенный преморбидный фон, перенесенные и сопутствующие заболевания, несвоевременное лечение воспалительных процессов). При



хроническом бронхите у детей определяется гиперпродукция провоспалительных и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8), которые служат дополнительными критериями оценки выраженности воспалительного процесса.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Арифходжаева А.Т., Юнусов Д.М., Бахаваддинова З.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы достигнут определённый прогресс в изучении механизмов развития бронхиальной астмы в детском возрасте, уточнены клинико-функциональные критерии этого заболевания, внедрены новые технологии лечения обострений заболевания и программы профилактического лечения, что повысило качество жизни больных детей и их родителей. Современное комплексное лечение детей с бронхиальной астмой проводится с учётом тяжести течения и периода болезни и предусматривает применение бронходилататоров и муколитиков, базисных противовоспалительных препаратов, антилейкотриеновых и антимедиаторных средств, специфической иммунотерапии, физиотерапевтических процедур, рефлекс- и психотерапии. Развитие хронического аллергического воспаления дыхательных путей, лежащего в основе бронхиальной астмы, может быть обусловлено рядом факторов (генетическая предрасположенность к атопии и гиперреактивности бронхов, повышенному синтезу определённых цитокинов, нарушения нейро-иммунно-эндокринного комплекса и др.).

Цель: Выявить предикторы бронхиальной астмы (БА) у детей дошкольного возраста.

Результаты и обсуждения: Обследовано 38 детей в возрасте 2-7 лет. В I-ю гр. включены дети часто длительно болеющие (ЧДБ) с атопическим синдромом, но без бронхообструктивных проявлений (всего 21 человек). Во II-й гр. - 49 детей ЧДБ. В III гр. - 17 детей с легкой БА в ремиссии. В основных группах были выделены подгруппы: а) дети с нормальной и б) дети избыточной массой тела (ИМТ) на основании оценки индекса массы тела Кетле-2 в возрасте 2-3 лет. Больным проведена компьютерная бронхофонография (КБФГ). Результаты КБФГ оценивались в зависимости от выраженности обструктивных вентиляционных нарушений (ОВН): норма скрытая и явная бронхообструкция. В качестве статанализа использовался метод углового преобразования Фишера. При оценке индекса ИМТ избыточная масса выявлена в I гр. в подгруппе с ИМТ - у 8 детей (0,48); во II гр. - у 6 детей (0,24); в III гр. зарегистрировано 7 детей с ИМТ (0,56). Анализ КБФГ в подгруппах с ИМТ показал, что в I гр. без ОВН выявлено 2 больных (0,31; $p < 0,05$), со скрытыми нарушениями - 2 больных (0,31) с явными ОВН - 3 случая (0,38; $p < 0,05$ в сравнении с



подгруппой детей с нормальной массой тела). Во II гр. с ИМТ: без ОВН - 4 (0,34); со скрытыми нарушениями - 4 детей (0,5), с явными ОВН - 1 (0,16). Во II гр. нет различий между подгруппами по ОВН. В III гр. в п/гр. с ИМТ: без ОВН не зарегистрировано; со скрытыми нарушениями - 3 больных (0,38; $p < 0,05$), с явными ОВН - 6 больных (0,61, $p < 0,05$; в сравнении с показателями у больных имеющих нормальную массу тела).

Вывод: Нарушения вентиляции чаще встречались у подгрупп больных, имеющих ИМТ особенно в I и III гр, в этих группах у детей чаще регистрировалась ИМТ. Необходимы дальнейшие исследования с оценкой влияния ИМТ и ожирения как предикторов формирования БА.

ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Асранкулова Д.Б.

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Одним из наиболее эффективных способов решения активного профессионального долголетия всегда считалось широкое использование средств физической культуры и спорта.

Цель исследования. Изучение особенностей вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы у женщин в перименопаузальном периоде с учетом различий их клинического статуса и степени выраженности климактерического синдрома.

Материалы и методы. В данное исследование было включено 289 женщин на условиях добровольного информированного согласия в возрасте 43–70 лет.

Результаты исследования. Всем пациенткам проводился подсчет индекса Купермана и оценка гормонального фона. Выполнялась синхронная регистрация сигналов электрокардиограммы (ЭКГ), фотоплетизмограммы (ФПГ) и механической записи дыхания в состоянии покоя (горизонтальное положение тела) с частотой 250 Гц при 12-разрядном разрешении в течение 10 мин. Запись ФПГ, характеризующую кровенаполнение дистального сосудистого русла, выполнялась с использованием пульсоксиметрического датчика с дистальной фаланги указательного пальца руки.

При помощи программы «Кардиостат» оценивали показатели ВСР - спектральные мощности в низкочастотных диапазонах спектра (LF), высокочастотных (HF) и очень низкочастотных диапазонах (VLF), выраженные в абсолютных значениях (ms^2) и в процентах от суммарной мощности спектра во всех диапазонах, так же определялся индекс синхронизации (S).

Для изучения функционального состояния сердечно-сосудистой системы использовали метод выявления системной дисфункции вегетативной регуляции кровообращения на



основе изучения синхронизованности высокочастотных волн (около 0,4 Гц), низкочастотных (около 0,1 Гц) и очень низкочастотных волн (около 0,04 Гц) колебаний, выявляемых в ритме сердца и фотоплетизмограмме.

Вычисление значений S выполнялось при помощи программы Синхрокард.

Статистические расчеты проводились при помощи программного пакета «Statistica» 6,1. Была произведена проверка соответствия изучаемых показателей закону нормального распределения на основе вычисления W -критерия Шапиро–Уилка. Выявлено, что не все показатели имеют нормальное распределение, поэтому дальнейший анализ производили методами непараметрической статистики.

Выводы. В ходе исследования не было выявлено клинически значимых ассоциаций изменений в вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы и менопаузальных изменений в организме женщины. Однако в исследовании были показаны статистически (но не клинически) значимые корреляции некоторых показателей вегетативной регуляции с давностью наступления менопаузы и степенью выраженности КС.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У КУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ ТЕРМЕЗСКОГО ФИЛИАЛА ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Асфандиёров Ж.М.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Кафедра медицинской биологии и гистологии.

г. Термез. Республика Узбекистан.

Научный руководитель – канд. биол. наук А.Т. Ашуров

Аннотация. **Актуальность** и необходимость проведения исследования цитоморфологических и функциональных особенностей слизистых оболочек верхних дыхательных путей как ткань, которая является важнейшим элементом первой линии защиты организма от воздействия неблагоприятных факторов. В этих тканях накапливается все больше всего (никотин, поллютанты, пыль, микроорганизмы) и они оказывают негативное влияние на нормальное состояние верхних дыхательных путей. Однако вопрос о повреждающем воздействии компонентов дым от сигарет на цитогамму эпителия верхних дыхательных путей и процессы пролиферации и дифференцировки ее эпителиоцитов все еще остается спорным и до конца не изученным. **Ключевые слова:** слизистые оболочки, никотин, поллютанты, пыль, микроорганизмы.

Введение. Здоровье полости верхних дыхательных путей является маркером состояния всего организма в целом. Очень часто именно в полости верхних дыхательных путей можно обнаружить признаки тех или иных заболеваний. Внимательный врач может



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



заподозрить у пациента проблемы с дыхательной системой. При осмотре пациента врач, кроме того, может выявить у него вредные привычки, такие как табакокурение. Очень важно подробно рассказывать пациенту о вреде курения, о последствиях для организма, о болезнях, которые ассоциированы с табакокурением. В научной литературе имеется много данных о влиянии курения на здоровье человека [1,2,3, 6, 7].

Многие работы посвящены изучению состояния верхних дыхательных путей [5,4]. При курении изменяются состав и свойства слизи и поверхностей жидкости эпителия, появляются изменения в слизистой оболочке верхних дыхательных путей [3]. Слизь является важным показателем здоровья верхних дыхательных путей. От качества и состава слизи зависит предрасположенность к болезням верхних дыхательных путей. В состав табачного дыма входят более 5000 химических соединений, и все они оказывают то или иное влияние на организм человека. Дым от сигарет в первую очередь воздействует на слизистую оболочку верхних дыхательных путей и полости рта. Вещества, содержащиеся в нём, попадают в верхних дыхательных путей и влияют на состоянии дыхательной системы в целом.

Цель исследования. Целью нашей работы явилось исследование цитоморфологических и функциональных особенностей слизистых оболочек верхних дыхательных путей у курящих студентов Термезского филиала Ташкентской медицинской академии.

Материал и методы исследования. Объектом исследования последствий курения по особенностям эпителиоцитов верхних дыхательных путей проведено на биоматериале 30 волонтеров-студентов в возрасте от 18 до 22 лет. В качестве контроля использован биоматериал 10 волонтеров-студентов некурящих того же возраста и не имеющие соматических заболеваний. 2-ая группа – курящие со стажем курения от 6 месяцев до 2 лет, не имеющие соматических заболеваний, 3-я группа – курящие студенты со стажем курения 2 – 4 лет, не имеющие соматических заболеваний. Забор материала проводился в 8.00-8.30 утра.

Естественно отделившиеся клетки, переносили его на адгезивные предметные стекла и изготавливали тонкие мазки. Приготовленные мазки высушивали, фиксировали в спирт-ацетоне (1:1) в течение 5 минут и окрашивали метиленовым синим по Май-Грюнвальду (15 мин.) и азур-эозином по Романовскому-Гимза (30 мин.) [7].

Материалы исследований были обработаны математико-статистическими методами с использованием программ статистической обработки данных Statistica 10.0. Применялись методы оценки достоверности различия по t-критерию Стьюдента. В качестве критерия статистической надежности выбрано значение для двух несвязанных групп ($p < 0,05$). Объекты изучали с помощью микроскопа МТ 5300L, с последующим фотографированием и получением изображения на фотоаппарат (Digital camera A594910).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показывает, что табакокурение вызывает увеличение количества патологических митозов,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



инвазию лейкоцитов в эпителиальные клетки, гидропическую дистрофию и контаминацию эпителиоцитов верхних дыхательных путей.

Достоверно возрастают величины индексов дифференцировки и ороговения эпителиоцитов верхних дыхательных путей. Эти изменения выявляются уже после первого года курения при выкуривании от 4 до 8 сигарет в день.

Наиболее выраженные изменения выявлены у курящих более 3 лет и выкуривающих более 8 сигарет в день. Клетки с атипичной формой ядра встречались в биоматериале курящих в три раза чаще, чем у некурящих.

Из показателей деструкции ядра следует отметить высокую статистическую достоверность повышения количества клеток со всеми вариантами ядерной деструкции у курящих. Наименьшая разница в показателях деструкции ядра отмечена в отношении числа клеток с конденсацией хроматина. Процесс конденсации хроматина считается этапом, предшествующим процессу кариорексиса, при котором ядро распадается на хроматиновые конгломерации с последующей естественной гибелью путем апоптоза. При сравнении частоты встречаемости клеток с признаками кариорексиса выявили достоверное увеличение доли таких клеток у курящих в 2,6 раза. Это может свидетельствовать о нарушении естественной стимуляции процессов апоптоза эпителиоцитов верхних дыхательных путей путем воздействия цитотоксических и генотоксических экзогенных факторов (табачный дым). Из показателей деструкции ядра статистически значимыми оказались признаки некроза клетки – перинуклеарная вакуоль (в 2,3 раза чаще у курящих) и вакуолизация ядра (в 3,3 раза чаще у курящих). Выявленные формы некроза клеток свидетельствуют о деструктивных изменениях мембраны ядра и нарушении ее барьерной и транспортной функции. Признаки некротического пути деструкции верхних дыхательных путей эпителиоцитов выявлены и в исследованиях последствий воздействия табачного дыма. Результат некротического процесса клеточной деструкции – кариолизис, которому предшествуют появления перинуклеарной вакуоли и/или вакуолизация ядра. Мы не выявили статистически значимых отличий в частоте клеток с признаками кариолизиса у курящих и некурящих. Однако статистически достоверное повышение доли клеток с начальными признаками некротического пути деструкции у курящих (перинуклеарная вакуоль и вакуолизация ядра) косвенно подтверждает патологическую роль курения.

У курящих развиваются явления гиперкератоза, которые усиливаются в связи со стажем и интенсивностью курения. Они обусловлены токсическим влиянием продуктов табакокурения на слизистую оболочку верхних дыхательных путей, что приводит к достоверному повышению индексов дифференцировки и ороговения ее эпителия, а также к внутриклеточным структурным и цитофункциональным изменениям эпителиоцитов.

Выводы. Полученные **Результаты** позволяют рекомендовать цитологический способ оценки уровня токсического воздействия табакокурения на эпителий слизистой оболочки верхних дыхательных путей при анализе ее цитограммы у



курящих больных с местными и системными заболеваниями с **Целью** разработки мероприятий по их первичной профилактике и оценки их эффективности. Компоненты табачного дыма оказывают негативное влияние на состояние верхних дыхательных путей, и некоторые авторы рассматривают возникшие морфо-функциональные изменения. Однако вопрос о повреждающем воздействии компонентов табачного дыма на цитогамму эпителия верхних дыхательных путей и процессы пролиферации и дифференцировки ее эпителиоцитов у курильщиков все еще остается спорным и до конца не изученным. Знания этих показателей позволит оценить ранние изменения эпителия верхних дыхательных путей и степень токсического действия табачного дыма на эпителии верхних дыхательных путей в зависимости от стажа курения и пола.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ШКОЛЬНИКОВ.

Атаджанова Ш.Х., Алимова Г.М., Арзибекова У.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

В нашей стране изучению эпидемиологии железодефицитной анемии (ЖДА) посвящено множество работ. По данным этих авторов, в отдельных регионах нашей страны частота ЖДА достигает от 30 до 60%. Ими также доказано, что причинами дефицита железа в различных областях оказываются множественные факторы и клиническое течение ЖДА значительно отличается.

Нами было изучены причины дефицита железа у 930 школьников (по 465 мальчиков и девочек) в возрасте 7-10 лет (232 - 233) и 11-14 лет (233 - 232). ЖДА установлена у 233 (25,1%) детей при уровне гемоглобина ≤ 110 г/л. Легкая степень ЖДА (Hb – 110-91 г/л) установлена у 149 детей, соответственно в возрасте 7-10 лет у 22 (14,7%) мальчиков и 44 (29,5%) девочек, а в возрасте 11-14 лет, соответственно у 25 и 58 (16,7% и 38,9%). Среднетяжелая степень анемии диагностирована у 84 (9,1%) школьников, соответственно в возрасте 7-10 лет у 12 (14,2%) мальчиков и 19 (22,6%) девочек, а в возрасте 11-14 лет - соответственно 21 и 32 (25,1% и 38,0%). Диагноз ЖДА устанавливали по уровню сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови /ОЖЖС/, коэффициента насыщения трансферрина железом /КНТ/, латентной железосвязывающей способности сыворотки крови /ЛЖЖС/.

У школьников был тщательно изучен анамнез, в результате чего выявлены следующие причины: обильные и длительные кровопотери в результате нарушений при менструациях (у девочек), нарушения всасывания (глистная инвазия, хронические энтероколиты, кишечные расстройства), частые обострения хронических очагов инфекций (тонзиллит, аденоиды, кариес), нерациональное питание (дефицит минеральных веществ, пищевых белков, избыток углеводов, экстрактивных веществ), язвенная болезнь,



геморрой. Важным обстоятельством, подтверждающим дефицит железа и малое его поступление в организм, явились погрешности в режиме питания в виде сухоядения, однообразного питания, преобладания в рационе молочно-растительной и углеводной пищи, соли, сахара, уменьшение в рационе мясных и рыбных блюд, несоблюдения режима питания и др.

Таким образом, причиной развития железодефицитной анемии у школьников является эндогенный и экзогенный дефицит железа, вызванный различными факторами такими как, нерациональное питание, сухоядение, нарушения менструального цикла, глистная инвазия, хронические заболевания ЖКТ и др.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Атажанов Х.П., Якубов Д.М., Оллаберганова Ш.М.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Актуальность. Одним из основных компонентов, а также факторов риска развития метаболического синдрома (МС) является характерный спектр липидных нарушений крови, и в частности, уровня триглицеридов и снижение фракции липопротеидов высокой плотности. Наличие дислипидемии и более выраженное прогрессирование атеросклероза и ИБС у больных с МС продемонстрировано в большом количестве исследований.

Цель исследования Изучение особенностей липидного спектра у детей с ожирением и разработка рациональных путей профилактики развития МС.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ параметров липидного спектра крови (ТГ, холестерина, ЛПВП и ЛПНП) у детей с ожирением и нормальной массой тела. Исследования проводились в двух группах: 1 – основная группа – 48 наблюдений и 2 – контрольная группа – 18.

Результаты исследования. Изучен характер липидных нарушений и их частота в основной и контрольной группе. В основной группе различные изменения липидного спектра определялись в 26 случаях (54%). В контрольной группе количество детей, имеющих липидные нарушения было меньше - всего 5 случаев (27%), однако достоверности различий не получено ($P=0,31$). При исследовании параметров липидного обмена у 187 детей в возрасте $12,5 \pm 2,2$ лет, с избытком массы тела ($ИМТ=29,1 \pm 4,1 \text{ кг/м}^2$), повышение уровня ХС была отмечено в 23,9%, повышение ЛПВП - в 26%, повышение ЛПВП - в 26%, повышение ТГ - в 16 случаях. Всего нарушения липидного обмена отмечались у 67,4% обследованных детей с ожирением.

Несмотря на то, что в данном исследовании у детей с ожирением по сравнению со сверстниками с нормальным весом не отмечалось повышения ЛПНП, повышение индекса



атерогенности указывало на начавшийся процесс относительного перераспределения между фракциями липопротеидов.

Таким образом, относительное снижение антиатерогенного класса липопротеидов и повышения атерогенного индекса, отражают тенденцию к формированию дислипидемии при ожирении и в детском возрасте.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ВЫБОРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Атахонов А.А.

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Протезирование зубов является современным методом замены собственных утраченных зубов. Данная технология развивается более сорока лет и является очень распространённой во всём мире. Не исключением стала и Россия: здесь протезирование выходит на первый план среди наиболее популярных стоматологических услуг. Необходимость зубного протезирования может возникнуть в любом возрасте, но многие люди всеми возможными способами оттягивают встречу с врачом. Это часто происходит из-за отсутствия информации о вреде, наносимом здоровью при отсутствии своевременного протезирования.

Если человек длительное время отказывается от протезирования, нагрузка, которая раньше оказывалась на отсутствующие зубы, перераспределяется на те, что остались. В таком случае зубной ряд становится не таким плотным, расшатываются связки, удерживающие зубы в челюстной кости, между зубами возникают промежутки. На месте отсутствующих зубов челюстная кость становится тоньше. Недостаточно хорошо пережёванная пища может породить заболевания желудочно-кишечного тракта. Кроме того, ухудшается эстетика, нарушается речь и вследствие этого появляются разнообразные психологические проблемы.

Цель исследования Научное обоснование и совершенствование методических подходов к экспертной оценке качества ортопедического лечения больных с потерей зубов.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 103 пациента (49 мужчин и 54 женщины), пользующихся съёмными пластиночными и бюгельными протезами. Пациентам было изготовлено 123 съёмных протеза, из них 68 пластиночных и 55 бюгельных протезов.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что через три месяца пользования протезами изменения рельефа протезного ложа не определялись или были незначительными как под бюгельными, так и под пластиночными протезами.



Существенные изменения рельефа протезного ложа определялись через 6, 12, 18 и 24 месяца пользования съемными протезами.

Под пластиночными протезами изменения проходили более равномерно на различных участках альвеолярного отростка или альвеолярной части, чем под бюгельными протезами. При концевых дефектах зубного ряда под съемными протезами у 99 пациентов (96,1%) наибольшие изменения тканей протезного ложа происходили в дистальных участках дефекта зубного ряда. Однако при пользовании пластиночными протезами эти изменения на 11,2 % меньше, чем изменения в дистальных участках концевых дефектов под бюгельными протезами. При пользовании бюгельными протезами у 7,2 % пациентов выявлялось увеличение объема тканей маргинальной десны около опорных зубов

При изучении влияния локализации дефекта зубного ряда на степень изменения рельефа протезного ложа выявлено, что во фронтальных отделах степень изменения рельефа меньше, чем при локализации дефектов в боковых отделах. В боковых отделах, где происходит пережевывание пищи, альвеолярный отросток или альвеолярная часть воспринимают бóльшую нагрузку, чем подлежащие ткани во фронтальном отделе при откусывании. В сроки от 12 до 24 месяцев изменения рельефа протезного ложа во фронтальном отделе были незначительны ($0,08 \pm 0,01$ мм), по сравнению с изменениями в первый год пользования протезами ($0,17 \pm 0,03$ мм). В боковом отделе увеличение интенсивности изменений рельефа протезного ложа в сроки от 12 до 24 месяцев составляет 34,6 % от величины изменений рельефа протезного ложа до 12 месяцев

Вывод. Таким образом, необходимо разработать четкие критерии оценки качества зубных и челюстных протезов, что сделает возможным совершенствование экспертной оценки качества ортопедического лечения больных с различной патологией же-вательного-речевого аппарата. Все это имеет важное клиническое значение для ортопедической стоматологии и позволит повысить эффективность ортопедического лечения зубными протезами различных конструкций.

ПРАВИЛА КОРРЕКЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Атахонов А.А.

**Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Частичное отсутствие зубов является одной из самых распространенных патологией зубочелюстной системы. Для замещения дефектов зубных рядов в ортопедической стоматологии часто применяют различные конструкции съемных протезов.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Для восстановления целостности зубных рядов применяют съемные пластиночные и бюгельные протезы. Отличительной особенностью бюгельных протезов является передача большей части жевательного давления на опорные зубы через систему опорно-удерживающих кламмеров. Пластиночные протезы большую часть нагрузки передают на слизистую оболочку и костную ткань по сравнению с бюгельными протезами.

Такое воздействие не является физиологическим фактором для указанных тканей. Известно, что постоянное воздействие съемных протезов на подлежащие ткани сопровождается изменением рельефа протезного ложа, вследствие чего возникает несоответствие между базисом протеза и протезным ложем. Несоответствие рельефа базиса протеза и протезного ложа часто вызывает неравномерное распределение жевательного давления с возникновением зон перегрузок в подлежащих тканях.

Цель исследования — повышение эффективности ортопедического лечения при использовании различных конструкций съемных протезов у пациентов с частичным отсутствием зубов.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 103 пациента (49 мужчин и 54 женщины), пользующихся съемными пластиночными и бюгельными протезами. Пациентам было изготовлено 123 съемных протеза, из них 68 пластиночных и 55 бюгельных протезов.

Результаты исследования. Обследование пациентов проводили до протезирования и через 3, 6, 12, 18 и 24 месяца после припасовки и наложения съемных конструкций. Обследование включало клинический осмотр, при котором определяли цвет, увлажненность слизистой оболочки, наличие или отсутствие патологических изменений, протяженность дефектов зубных рядов (по классификации Е.И. Гаврилова), вид конструкции зубов-антагонистов, локализацию дефектов зубных рядов. Также при обследовании определяли степень атрофии беззубого альвеолярного отростка и альвеолярной части, наличие экзостозов. Проводили определение подвижности сохранившихся зубов, уровень резорбции костной ткани, оценивали резервные силы пародонта по одонтопародонтограмме В.Ю. Курляндского с учетом данных рентгенографии.

Исследование изменения рельефа проводили методом профилометрии и посредством сравнения трехмерных компьютерных моделей, которые получали путем сканирования гипсовых моделей на различных сроках пользования съемными протезами. Гипсовые модели изготавливали по оттискам, которые получали в день наложения протезов и на контрольных осмотрах через 3, 6, 12, 18 и 24 месяцев. Для объективной оценки изменения рельефа протезного ложа по гипсовым моделям оттиски получали с идентичным давлением на слизистую оболочку для отображения рельефа подлежащих тканей в одинаковых условиях компрессии, для чего была разработана оригинальная методика.

Вывод. Таким образом, необходимо разработать четкие критерии оценки качества зубных и челюстных протезов, что сделает возможным совершенствование экспертной



оценки качества ортопедического лечения больных с различной патологией жевательно-речевого аппарата. Все это имеет важное клиническое значение для ортопедической стоматологии и позволит повысить эффективность ортопедического лечения зубными протезами различных конструкций.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Ахмадалиев Х.С., Тошпулатов А.М., Косимова М.О.
Андижанской областной онкологической диспансер

Актуальность. Первичный плоскоклеточный рак кожи (ПКРК) — медленно растущие опухоли, редко метастазирующие при своевременно проведенном лечении. Большинство пациентов с ПКРК имеют очень хороший прогноз: 5-летняя выживаемость превышает 90 %.

В большом одноцентровом исследовании с участием более 900 пациентов с ПКРК, наблюдавшихся в течение примерно 10 лет, частота рецидивов составила 4,6 %; поражение лимфатических узлов (ЛУ) наблюдалось в 3,7 % случаев, количество болезнь-специфических смертельных исходов составило 2,1 %.

Цель исследования. Определение тактики хирургического лечения больных дифференцированными формами ПКРК в зависимости от размеров, локализации, гистотипа первичной опухоли и состояния сторожевых лимфоузлов.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов хирургического лечения 70 больных с ПКРК, за период с 2022 по 2023 год, находившиеся в АООД.

Результаты исследования. Наблюдение за всеми пациентами должно включать регулярный медицинский осмотр, в том числе осмотр всей кожи и осмотр и пальпацию послеоперационного рубца и регионарных ЛУ. Гистопатологически диагностированный ПКРК низкого риска у пожилых пациентов на участках, подверженных солнечному воздействию, не требует длительного наблюдения, а если оно все-таки необходимо, частота и продолжительность такого наблюдения устанавливаются после тщательной оценки факторов риска. Контрольные обследования пациентов с ПКРК высокого риска (согласно определению ЕАОО) должны проводиться каждые 3—6 мес в течение первых 2 лет и каждые 6—12 мес в течение 3—5 лет, а затем ежегодно. УЗИ ЛУ следует выполнять каждые 3—6 мес в первые 2 года в зависимости от уровня риска [85]. При местно-распространенном или метастатическом ПКРК и после удаления местно-распространенных метастазов необходимо повторять клиническое обследование каждые 3 мес в течение первых 5 лет и затем каждые 6—12 мес. УЗИ ЛУ рекомендуется каждые 3—6 мес в течение 5 лет, а затем каждые 6—12 мес. Визуализацию (КТ/МРТ) следует



проводить каждые 3—6 мес в первые 3 года, а затем на основании оценки отдельных симптомов. Пациентам с высоким риском других первичных заболеваний (иммуносупрессия, сопутствующие гематологические заболевания, генетическая предрасположенность, предшествующий множественный ПКРК) необходимо строгое наблюдение с контрольными обследованиями каждые 3—6 мес в течение всей жизни в зависимости от общего количества опухолей и частоты развития новых опухолей.

Вывод. Массивный характер поражения при распространенных формах ПКРК, как правило, требует хирургического вмешательства, которое приводит к возникновению дефектов, снижающих качество жизни до неприемлемого, и с высокой вероятностью влечет жизнеугрожающие осложнения. Невозможность проведения ЛТ в силу анатомически сложной локализации опухоли, а также отсутствие убедительных данных о полном ответе на лекарственную терапию создает трудности при лечении пациентов с запущенными случаями ПКРК во всем мире.

В настоящее время возможности терапии распространенных неоперабельных форм ПКРК крайне ограничены, а четкие клинические рекомендации и стандарты ведения пациентов с такими случаями отсутствуют.

Высокая мутационная нагрузка в клетках ПКРК создает предпосылки для лечения ингибиторами контрольных точек (анти-PD-1-моноклональными антителами). Это направление имеет большие перспективы в успешном лечении распространенных форм ПКРК при невозможности хирургического лечения и проведения ЛТ.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ В У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К., Усманова У.И., Кодиров Д.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Хронический гепатит В до настоящего времени остаётся достаточно серьёзным заболеванием, способным привести к опасным последствиям как цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома. В общем ряду причин смерти в мире хронический гепатит В занимает 9-е место, заметно опережая СПИД. В связи с этим это заболевание должен рассматриваться как важнейшая хроническая вирусная инфекция человека.

Цель исследования: изучить особенности течения хронического гепатита В у лиц с сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования: Обследованы 60 больных с диагнозом хронический гепатит В, госпитализированные в терапевтические отделения клиники. У 24 из них сопутствующим диагнозом является сахарный диабет 2 типа. Всем больным было проведено биохимические исследования крови как аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, тимоловая проба, сахар в крови, определение HBsAg методом иммуноферментного анализа, ультразвуковое исследование печени.



Результаты и их обсуждение. Мы обследовали 24 больных с хроническим гепатитом В в фазе репликации, фоновым заболеванием которых является сахарный диабет II типа. Из них у 8 больных (33,3%) заболевание протекало с удлинением желтушного периода, у 12 больных (50%) наблюдалось стойкое повышение билирубина и трансаминаз, у 4 больных (16,6%) повышение СОЭ, резкие сдвиги осадочных проб.

Контрольную группу составляли 36 больных с хроническим гепатитом В в фазе репликации без сахарного диабета. У этих больных желтушность встречался 2 раза меньше, повышение трансаминаз и осадочных проб 1,4 раза меньше, чем у больных с сахарным диабетом.

При сочетании вирусного гепатита В наблюдалось отягощение течения сахарного диабета, нарастало гипергликемия и глюкозурия, скрытые формы сахарного диабета переходили в клинические явные формы. У больных чаще наблюдалось зуд кожи, значительное увеличение печени, отмечалась склонность к затяжному течению в зависимости от тяжести и давности течения диабета.

Вывод. У больных с сахарным диабетом вирусный гепатит В протекает со свойственной этой инфекции цикличностью, с удлинением желтушного периода и характеризуется более тяжелым течением с выраженными явлениями интоксикации.

СИНДРОМ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

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

Синдром тромбоцитопении часто сопутствует хроническим заболеваниям печени и ухудшает прогноз. Тромбоцитопения (снижение числа тромбоцитов менее 150000 в мкл) - одно из наиболее частых гематологических нарушений у больных хроническими заболеваниями печени. Распространенность и тяжесть тромбоцитопении (ТП) определяется активностью печеночного процесса, выраженностью фиброза и по-видимому, этиологией поражения печени. Так, ТП обнаруживают в 52% случаев фульминантного гепатита и только в 16% случаев острого гепатита, у больных ХЗП она выявляется у 6% больных с мягким и умеренным фиброзом и у 64--76% больных на стадии цирроза печени. Несмотря на отсутствие однозначных данных в пользу влияния этиологии заболевания на частоту развития ТП, ряд исследований свидетельствуют, что она наблюдается чаще и степень ее тяжести выше у больных ЦП вирусной этиологии. С практической точки зрения в зависимости от количества тромбоцитов в периферической крови выделяют следующие степени тяжести ТП:

- умеренная ТП (число тромбоцитов находится в пределах от 75000 до 150000 в мкл)



- тяжелая ТП (число тромбоцитов находится в пределах от 10000 до 75000 в мкл)
- крайне тяжелая ТП (число тромбоцитов менее 10000 в мкл).

При тяжелой ТП проведение хирургических манипуляций сопряжено с повышенным риском развития кровотечений, а при крайне тяжелой - возможно развитие спонтанных кровотечений, поэтому рекомендуется профилактическое **Введение** тромбомассы.

ТП при ХЗП достаточно редко является причиной кровотечений, но может рассматриваться как неблагоприятный фон, повышающий риск кровотечений, особенно у больных с исходной коагулопатией вследствие нарушения синтетической функции печени. Поэтому тяжелая ТП, наряду с тяжестью поражения печени, является одним из неблагоприятных прогностических факторов риска кровотечения и летального исхода, например, у больных с варикозно расширенными венами пищевода.

Нами было обследовано 52 больных : 22- с хроническим гепатитом С, 30- с циррозом печени, у 11 из них класс «С» по Чайлд-Пью (декомпенсированный цирроз), а у 19-класс «В» по Чайлд-Пью (субкомпенсированный цирроз). Диагноз всем этим больным был поставлен на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования, включая фиброскан (эластометрия печени)

Умеренная ТП выявлена у 4 больных с хроническим гепатитом С, у 5 больных с субкомпенсированным циррозом и у 7 больных с декомпенсированным циррозом печени. Тяжелая ТП выявлено у 7 больных с декомпенсированным циррозом печени, у которых ещё наблюдалось эпизодические носовые кровотечения, кровотечения из десен. В анамнезе этих больных неоднократно кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода

Таким образом, ТП часто встречается у больных хроническими заболеваниями печени, особенно на стадии декомпенсированного цирроза печени. ТП может рассматриваться как один из маркеров тяжести поражения печени. Клиническое значение ТП заключается в ее влиянии на тактику ведения больных хроническими заболеваниями печени. Своевременная диагностика и коррекция ТП позволит улучшению прогноза у больных хроническими заболеваниями печени.

ВНЕПЕЧЕНОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ HCV-ИНФЕКЦИИ

**Кадиров Б.Б., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

HCV-инфекция является актуальной проблемой во всем мире. Вирус гепатита С является гетеротропным вирусом и этим объясняется развитие внепеченочных симптомов, обусловленных широким спектром органных поражений и особенностями клинического течения. По статистическим данным их частота имеет весомые расхождения и составляет в разных странах от 38 до 74%.



Цель исследования - определить частоту внепеченочных проявлений в клинической картине хронической HCV-инфекции на современном этапе.

Материалы и методы исследования. Обследовано 72 больных хроническим гепатитом С (ХГС). Диагноз ХГС был поставлен на основании результатов ИФА (иммуноферментный анализ) и ПЦР (полимеразно цепная реакция). Наряду с этиологическим подтверждением диагноза программа общеклинического обследования включала оценку жалоб и анамнестических сведений, физикальный осмотр, исследование функционального состояния печени посредством рутинных биохимических тестов, УЗИ печени и системы FibroMax, а также консультации смежных специалистов.

Результаты исследования. Впервые узнали об инфицировании HCV на стадии хронизации процесса более 87% больных. До установления диагноза ХГС почти четверть (24,5%) пациентов в течение нескольких лет страдали поли-артритом, 3,4% - гломерулонефритом, 2,5% - аллергическим дерматитом, 1,5% - гипохромной анемией, 0,45% - псориазом. Лечение данных состояний в условиях профильных стационаров не дали положительных эффектов. Анализ клинической картины данных пациентов выявил преобладание астено-вегетативного (56,2%) и диспепсического (38,5%) и гепатомегалического (26,7%) синдромов. Внепеченочные проявления (артралгии, нефрит, аллергические дерматиты, анемии, псориаз) наблюдались у 32,35% больных. На фоне проведения комбинированной противовирусной терапии отмечалось полная или частичная регрессия изучаемых симптомов заболевания.

Вывод. На современном этапе внепеченочные проявления HCV-инфекции широко распространены и преобладают над классическими (печеночными) симптомами в общей клинической структуре заболевания.

ЧАСТОТА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

**Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Кадиров Б.Б., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.
Андижанский медицинский институт**

В настоящее время широко применяется комбинация пегилированного интерферона и рибавирина для лечения больных с хроническим гепатитом С (ХГС). Наиболее актуальными побочными эффектами этих препаратов являются гематологические нарушения. Развитие цитопений ухудшает качество жизни пациентов, требует коррекции доз препаратов и, как следствие, снижает частоту достижения устойчивого вирусологического ответа.

Цель исследования: оценить гематологические нарушения у больных ХГС на фоне противовирусной терапии (ПВТ).



Объект и методы исследования. Обследовано 32 больных ХГС, которым проводилась ПВТ пегилированным интерфероном (пегасис) и рибавирином. Среди них мужчин 56%, женщин - 44%. Средний возраст составил $43,3 \pm 2,7$ лет. 1 генотип HCV наблюдался у 76% больных, 3 генотип - у 24%. Диагноз был установлен на основании общепринятых клинико-anamnesticheskih и лабораторных данных (ИФА, ПЦР). Стадию фиброза печени определяли по шкале METAVIR с помощью Фибротеста (Biopredictive, Франция).

Результаты исследования. Гематологические нарушения на фоне ПВТ регистрировались у 82,9% больных: анемия - 42,6%, нейтропения - 63,9%, тромбоцитопения - 52,7%. Комбинированная цитопения наблюдалась у 49,5% пациентов. Наиболее выраженные гематологические нарушения регистрировались у всех больных со стадией фиброза печени F3- F4.

Выводы. Гематологические нарушения на фоне ПВТ регистрируются у 82,9% больных ХГС, что требует тщательного мониторинга и их коррекции. Наиболее выраженные гематологические нарушения наблюдаются у больных со стадией фиброза печени F3- F4.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В Г. АНДИЖАНЕ.

Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К., Кадиров Б.Б., Андижанский Государственный медицинский институт

Артериальной гипертонией в мире страдает около 1 миллиарда человек и более 7,1 миллиона смертельных исходов в год связаны с повышением артериального давления. Огромная распространенность артериальной гипертонии определяет клиническую, социальную и экономическую значимость этого состояния для населения большинства стран мира.

Цель: изучение применения антигипертензивных препаратов в г. Андижане за период с 2001 по 2004 год.

Материал и методы: материалами исследования послужили архивные истории болезни больных, получивших стационарное лечение в терапевтических отделениях клиники Андижанского Государственного медицинского института (n=747).

Результаты: в 2001 и 2002г. среди всех классов антигипертензивных препаратов лидировали препараты резерпинового ряда. С 2003 года первое место занимают ингибиторы АПФ (46%), и к 2004 году их доля составила 61%. Антагонисты кальция использовались в очень малых частотах и назначались всего 11% больным в 2003г. и 9% больным в 2004г.

в-адреноблокаторы назначались ещё реже - 1,3% больным в 2003г. и 2,6% больным в 2004г. При этом чаще всего применялся атенолол. Диуретики на протяжении изучаемого

периода применялись с приблизительно одинаковой частотой. Все 4 года лидером был фуросемид, на втором месте стоял гипотиазид. Среди комбинации препаратов наиболее часто использовались комбинации ингибиторы АПФ+резерпинсодержащие препараты и ингибиторы АПФ+диуретики, а доля комбинаций с доказанной эффективностью - диуретик+в-адреноблокаторы, диуретик+антагонисты кальция к 2004 году составила всего 2,1% и 4,9% соответственно, а в предыдущих годах еще меньше.

Заключение. Проведенное нами исследование свидетельствует о необходимости коррекции терапии артериальной гипертензии (АГ). При лечении АГ следует широко использовать диуретики и в-адреноблокаторы, т.к. применение этих препаратов намного уменьшает риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ Г.АНДИЖАНА

**Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К.,
Андижанский Государственный медицинский институт**

Множественные факторы риска влияют на развитие артериальной гипертензии, Эти факторы увеличивают риск развития артериальной гипертензии

Цель: Изучение распространенности факторов риска артериальной гипертензии (АГ) среди неорганизованного населения г. Андижана.

Материалы и методы: Ретроспективное исследование проведено среди неорганизованного населения г. Андижана по 10% случайной выборке. Обследовано 3222 человек в возрасте 15-70 лет и старше. 1313 из них – мужчины, 1909 - женщины.

Полученные **Результаты** показали, что факторы риска АГ в женской и мужской популяции встречаются с разной частотой. Малоподвижный образ жизни (гиподинамия) ведут 11,7% (126) мужчин и 12,2% (160) женщин. Избыточный вес (ИМТ >25) определяется у 9% (119) мужчин и 16% (139) женщин. Распространенность гиперхолестеринемии среди мужской популяции составляет -8,5% (111), среди женской популяции -9,9% (130).

В мужской популяции дислиппротеидемия определяется у 19,6% (257) обследованных, в женской – 21,7% (287). Коагулологические факторы риска среди мужчин определялись у 11,9% (155), среди женщин – 13,3% (175), гипертриглицеридемия – у 10,1% мужчин (133) и 11,8% женщин (155). 13,5% мужчин (178) и 14,9% женщин (195) в избыточном количестве употребляют поваренную соль. Наследственную предрасположенность к АГ имеют 11,6% (123) мужчин и 12,7% (167) женщин.

Эмоциональным перенапряжением страдают 21,1% (278) мужчин и 16,9% (223) женщин.



Курение встречается у 55,5% (731) мужчин, а употребление алкоголя 5,7% (75) мужчин. Эти два последние факторы риска не определялись в женской популяции.

Заключение: Среди неорганизованного населения города Андижана самым распространенным фактором риска среди мужчин является курение (55,5%), а среди женщин – дислиппротеидемия (21,7%).

Ведение здорового образа жизни влияет на эти факторы этих факторов на развитие заболевания и ее осложнений снижается и это может способствовать улучшению качества жизни больных.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ТОРЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Ахмаджонов Д.Е., Юсуфжонов Д.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Клиническая симптоматика TORCH-инфекций остается слабовыраженной, что обуславливает определенные трудности в постановке диагноза и проведении лечебных мероприятий. Последствия для плода и новорожденного варьируют от бессимптомной инфекции до сепсиса, пороков развития и смерти плода. Обследование беременных на наличие возбудителей инфекций является важной частью программы антенатального наблюдения.

Актуальность изучения TORCH-инфекций у беременных определяется не только существенными перинатальными потерями, но также и тем, что у плода, перенесшего инфекцию, часто выявляется врожденная патология, которая приводит к серьезным нарушениям здоровья и к инвалидности.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности у женщин TORCH-инфекцией в зависимости от проводимой терапии.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 77 медицинских карт женщин с прерываниями беременности в анамнезе, разделенных на две группы по принципу наличия или отсутствия активности TORCH-инфекций. В 1-ю группу (основную) вошли женщины (n=43), которым на прегравидарном этапе проводилась комплексная терапия, во 2-ю группу (сравнения, n=34) - женщины, которым эфферентная терапия не проводилась. Средний возраст исследуемых пациенток составил $26,1 \pm 2,7$ года. Статистически значимых различий по возрасту между пациентками всех групп не выявлено ($p > 0,05$). С **Целью** идентификации инфекционного процесса, отслеживания динамики его развития, эффективности лечения и верификации клинического и лабораторного излечения. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Statistica 6. При сравнении количественных признаков двух совокупностей несвязанных выборок, подчиняющихся закону нормального распределения, использовали t-критерий Стьюдента.

Материалы и методы исследования. Согласно нашим исследованиям наличие TORCH-инфекций только усугубило данную динамику, так как у беременных 2-й (+)



группы, которым не проводили эфферентную терапию, угроза прерывания беременности развивалась в 6 раз чаще, чем у женщин контрольной группы и в 3 раза чаще, чем у женщин основной группы. По всей видимости, структурным триггером такой клинической картины во II триместре могли послужить изменения микроциркуляторного русла плаценты, что нашло отражение в развитии плацентарной недостаточности у пациенток. Если у беременных основной группы рост выявления данной патологии носил лишь характер тенденции, то у женщин группы сравнения, вне зависимости от наличия или отсутствия TORCH-инфекций, плацентарная недостаточность развивалась в 3 раза чаще, чем у исследуемых контрольной группы и в 2 раза чаще, чем у женщин основной группы. В III триместре рост угрозы преждевременных родов наблюдался у беременных 2 группы. Показатели угрозы преждевременных родов у беременных 1-й (+) группы не отличались от таковых у беременных контрольной группы и были в 2,9 раза меньше, чем у женщин 2-й (+) группы.

Выводы. Определены особенности течения беременности у женщин с наличием TORCH-инфекций. Ранний токсикоз развивался более чем в 2 раза чаще у исследуемых женщин вне зависимости от используемой схемы терапии. Отсутствие эфферентной терапии у пациенток с TORCH-инфекциями на фоне антифосфолипидного синдрома привело к росту угрозы самопроизвольного патологического прерывания беременности до 73%, что более чем в 2 раз больше, чем у не получавших схему лечения.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ.

Ахмаджонова М.Н., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. На сегодняшний день вагинальные роды являются единственным резервом снижения частоты повторных оперативных родов. Первое место среди показаний к повторной операции кесарево сечения является рубец на матке. В 2015 году ВОЗ объявила, что увеличение частоты КС более 10% не связано со снижением материнской и неонатальной смертности, и эта операция должна выполняться только по строгим медицинским показаниям.

Методы исследования: Мы провели ретроспективный 25 анализ историй болезни родильного дома 2 города Андижан 2022года.

Результаты исследований: В ходе проведенного анализа историй родов в акушерском комплексе 2города Андижана получены следующие **Результаты:** возраст обследованных рожениц: до 18 лет - 2%, 20-30 лет - 80%, 30-40 лет- 18%; в целом все беременные с рубцом на матке были в оптимальном репродуктивном возрасте. У 87% беременных отмечена экстрагенитальная патология, в частности анемия беременных и инфекция мочевыделительной системы. 20 рожениц поступили в первом периоде родов



операция кесарево сечение, у них было произведено, 3 года назад в нижнем маточном сегменте по относительным показаниям, послеоперационный период протекал без осложнений, данная беременность протекала без осложнений. Всем роженицам была начата партограмма где производилась запись характера родовой деятельности продвижение и конфигурация головки плода а также состояние матери. У всех 20 рожениц роды закончились через естественные родовые пути без осложнений состояние новорожденных оценено как удовлетворительное. У 5 рожениц на основании партограммы была диагностировано затяжные роды, у 2 проведена амниотомия и стимуляция окситоцином у 3 произведено экстренное кесарево сечение показанием явилось дистресс плода.

Заключение. В результате клинического анализа беременности и родов, сделан **Вывод**, что вагинальные роды у женщин с рубцом на матке возможны лишь в определенных условиях: 1. Предыдущая операция была в нижнем маточном сегменте, 2. Интервал между беременностями 3 и более года, 3. Если нет тазо-головной диспропорции и состояние плода удовлетворительное. 4. Произошло своевременное излитие околоплодных вод.

Дальнейшее изучение этого вопроса позволит отыскать пути снижения частоты оперативных родов и разработать тактику ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке.

ОСОБЕННОСТИ ЕСТЕСТВЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ.

Ахмаджонова М.Н., Юлдашева О.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность: На сегодняшний день естественные роды являются единственным резервом снижения частоты повторных оперативных родов. Первое место среди показаний к повторной операции кесарево сечения является рубец на матке.

Цель исследования: изучить акушерские исходы естественных родов у женщин с рубцом на матке.

Материалы и методы исследования: Мы провели ретроспективный 25 анализ историй болезни родильного дома 2 города Андижан 2022года.

Результаты исследований: В ходе проведенного анализа историй родов в акушерском комплексе 2города Андижана получены следующие **Результаты:** возраст обследованных рожениц: до 18 лет - 2%, 20-30 лет - 80%, 30-40 лет- 18%; в целом все беременные с рубцом на матке были в оптимальном репродуктивном возрасте. У 87% беременных отмечена экстрагенитальная патология, в частности анемия беременных и инфекция мочевыделительной системы. 20 рожениц поступили в первом периоде родов



операция кесарево сечение, у них было произведена, 3 года назад в нижнем маточном сегменте по относительным показаниям, послеоперационный период протекал без осложнений, данная беременность протекала без осложнений. Всем роженицам была начата партограмма где производилась запись характера родовой деятельности продвижение и конфигурация головки плода а также состояние матери. У всех 20 рожениц роды закончились через естественные родовые пути без осложнений состояние новорожденных оценено как удовлетворительное. У 5 рожениц на основании партограммы была диагностировано затяжные роды, у 2 проведена амниотомия и стимуляция окситоцином у 3 произведено экстренное кесарево сечение показанием явилось дистресс плода.

Вывод. В результате клинического анализа беременности и родов, сделан **Вывод**, что вагинальные роды у женщин с рубцом на матке возможны лишь в определенных условиях: 1. Предыдущая операция была в нижнем маточном сегменте. 2. Интервал между беременностями 3 и более года. 3. Если нет тазо-головной диспропорции. 4. Произошло своевременное излитие околоплодных вод. 5. Операция была произведена по относительным показаниям. 6. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Дальнейшее изучение этого вопроса позволит отыскать пути снижения частоты оперативных родов и разработать тактику ведения женщин с рубцом на матке.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИЗУЧЕНИИ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКИХ АСТРОЦИТОМ В УСЛОВИЯХ IN VITRO

Ахмедиев М.М., Кадырбеков Н.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан

Решение проблемы радиорезистентности опухолей является одним из актуальных направлений исследований в современной нейроонкологии. Решение этой проблемы напрямую связано с выбором оптимального режима терапевтического облучения и для персонализированного подхода к лечению. Условно можно разделить все виды опухолей на радиочувствительные, которые после облучения исчезают полностью без некроза окружающей соединительной ткани, и радиорезистентные, которые не резорбируются при дозах, разрушающих соединительную ткань.

Цель исследования: определение изменений гистологических характеристик тканей супратенториальных анапластических астроцитом человека с помощью метода индивидуальной оценки чувствительности тканей опухолей человека к гамма-излучению в условиях in vitro с различными поглощенными дозами.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Материал и методы. В подавляющем большинстве случаев заболевание диагностировалось в момент манифестации, когда уже имелось значительное опухолевое поражение головного мозга. Быстрый рост опухоли, стремительное нарастание неврологической симптоматики, снижение функционального статуса пациента диктовали необходимость принятия быстрых и четких диагностических и лечебных решений. В группу анапластической астроцитомы включено 19 пациентов (9 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 4 до 55 лет с подтвержденным диагнозом анапластической астроцитомы. Произведено субтотальное хирургическое удаление опухолей больших полушарий головного мозга из стандартных нейрохирургических доступов. Гамма-облучение биопсийных образцов проводили тремя различными дозами 5, 10 и 15 Грей в Институте ядерной физики АН РУз. После облучения образцы инкубировали в течение 24 часов и затем проводили гистологический анализ для определения степени некроза образцов. При этом выбранные нами дозы приближены к разовым терапевтическим дозам. Анализ образцов проводили в гистологической лаборатории РСНПМЦН стандартными гистологическими методами. Фиксацию образцов ткани проводили в 10% формалине. Зафиксированные образцы заливали в парафин, приготавливали срезы. Приготовленные срезы депарафинизировали и окрашивали гематоксилин-эозином. Полученные гистологические фотографии обрабатывали с использованием стереометрической сетки с размером шага 5 мм. Относительную площадь участков некроза определяли в процентах стереометрическим методом [Автандилов Г.Г, 1990] с помощью программного обеспечения ScopelImage 9.0(X3).

Результаты и обсуждение. Для облучения извлеченных тканей опухолей гамма-излучением нами выбраны дозы 5, 10 и 15 Грей. Эти дозы выбраны для того, чтобы максимально быстро обнаружить поражающий эффект в тканях, поскольку ранее нами было обнаружено, что время жизни срезов тканей различных опухолей до появления некроза ограничивается 24 часами [Кадырбеков Р.Т. с соавт. Экспериментальный метод определения радиочувствительности анапластической астроцитомы головного мозга человека//Методические рекомендации. – Ташкент. – 2023. – 20 с.]. Необходимо отметить, что время жизни срезов тканей анапластической астроцитомы может составлять несколько суток, но при этом проявляется индивидуальные свойства каждой опухоли. Полученные данные показали, что в облученных образцах наблюдался лучевой патоморфоз I, II и III степени по классификации Лушников Е.Ф. с очагами и полями некроза и дистрофией клеток. При анализе степени поражения гамма-облучением необходимо учитывать эффект восстановления клеток после одноразового облучения. Хорошо известно, что после гамма-облучения часть клеток может восстанавливаться и за счет этого может снижаться эффективность лучевой терапии. В нашей схеме экспериментов мы не можем исключить возможности, что за время инкубации в течение 24 часов часть облученных клеток восстанавливается.

В гистологическом анализе оценивали общую степень некроза по прошествии 24 часов инкубации. Абсолютным признаком некроза при микроскопии является фрагментация



клеток и/или отсутствие в них ядер (кариолизис). Необратимо поврежденными также считаются клетки со сморщенными (кариопикноз) или распавшимися на глыбки ядрами (кариорексис). Наблюдаемые в облученных образцах некротические явления являются необратимыми и показывают прямое действие гамма-облучения на индивидуальные опухоли анапластической астроцитомы. Это в свою очередь позволяет использовать полученные данные для прогноза радиочувствительности этих опухолей без учета восстановления облученных клеток.

Результаты исследований, проведенных с помощью разработанного метода *in vitro* показали наличие высокой чувствительности, низкой чувствительности и резистентности тканей опухоли анапластической астроцитомы к гамма-излучению. Высокая чувствительность наблюдалась у 12 из 19 пациентов (63,16%), низкая чувствительность - у 4 из 19 пациентов (21,04%), а резистентность – у 3 из 19 пациентов (15,80%). Помимо полученных результатов по радиочувствительности анапластических астроцитом человека показана эффективность метода индивидуальной оценки чувствительности тканей опухолей человека к гамма-излучению в условиях *in vitro*, который может быть использован для доклинического прогнозирования эффективности комбинированной терапии после хирургического удаления опухолей головного мозга. Обнаружение нами внутривидовой индивидуальной резистентности анапластической астроцитомы к гамма-излучению является новым результатом в нейрорадиологии.

Таким образом, в настоящее время вопрос радиорезистентности и радиочувствительности опухолей головного мозга активно изучается, но поскольку имеющегося арсенала методов недостаточно для подобных исследований, то разработка новых моделей для исследования радиочувствительности остается актуальной задачей. Полученные **Результаты** показывают наличие необратимых некротических явлений в ткани опухоли анапластической астроцитомы или их отсутствие. Наш метод гистологической оценки патоморфоза опухолевой ткани анапластической астроцитомы оказался информативным более чем в 90% случаев. Экономический и медицинский эффект нашего метода - экономия лекарств и средств, затраченных на менее эффективные методы лечения и улучшение продолжительности и качества жизни пациентов. Для их подтверждения необходимо дальнейшее проведение более обширных и рандомизированных научных исследований. Усилия и факторы, направленные на улучшение выживаемости пациентов с анапластическими астроцитомами, должны оставаться приоритетом среди нейрохирургов и нейроонкологов.

Выводы.

1. Нами показана возможность использования живых биопсийных срезов опухолей человека в качестве модельных объектов *in vitro*.
2. Использование метода индивидуальной оценки радиочувствительности тканей опухолей человека в условиях *in vitro* позволяет достаточно точно оценить чувствительность анапластической астроцитомы к различным поглощенным дозам гамма-излучения. В группе анапластической астроцитомы обнаружено наличие высокой



чувствительности, низкой чувствительности и резистентности тканей опухолей к гамма-излучению.

3. Доказана эффективность метода индивидуальной оценки радиочувствительности тканей опухолей человека в условиях *in vitro*, который может быть использован для доклинического прогнозирования результатов комплексной терапии после хирургического удаления анапластической астроцитомы.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА

Ахмедиев М.М.¹, Давлетярова У.М.¹, Ахмедиев Т.М.²

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии¹, Ташкентская медицинская академия², Ташкент

Синдром фиксированного спинного мозга (СФСМ) в 11-27% случаев встречается у детей со спинальной дизрафией (Воронов В.Г., 2000). Он представлен фиксацией корешков, конечной терминальной нити или самого спинно-го мозга на уровне пояснично-крестцового, сопровождается болями и ог-раничением подвижности в позвоночнике.

Цель исследования: изучить возможности дифференцированных методов лечения нейрогенных болевых синдромов при фиксированном спинном мозге.

Материал и методы. Представлены **Результаты** клинических, рентгенологических, МСКТ, МРТ, ЭНМГ исследований 45 детей от 3 до 18 лет с синдромом фиксированного спинного мозга. По клиническим проявлениям заболевания все случаи объединены в две группы. Первая группа (18) характеризовалась тем, что у пациентов нарушение функции тазовых органов по типу энуреза проявлялось с рождения. Вторую группу составили пациенты (27) с указанным пороком развития позвонков, у которых клинические проявления возникали после 13 летнего возраста. Во время сбора анамнеза выявлено, что клинические симптомы у всех больных подросткового возраста начались после перенесения простудных общих заболеваний или травмы. Нарушение функции тазовых органов в этой группе больных формировались на протяжении от 3 до 15 месяцев. В тоже время в этой группе один из клинических симптомов в виде трофических нарушений нижних конечностей не встречался.

Результаты. Дифференциальная диагностика болей, обус-ловленных клинической симптоматикой фиксированного спинного мозга на пояснично-крестцовом уровне, характеризуется трудностями распознавания, особенно на раннем этапе заболевания. Отсрочка в постановке диагноза в наших наблюдениях была от 8 месяцев до 3 лет. Патологическая «фиксация» спинного мозга приводит к хроническому натяжению и ишемии невральных структур, ухудшая их функцию. Оперированы пациенты с новообразованной или нарастающей неврологической симптоматикой. Проведение



микрохирургической коррекции и комплексное лечение спинальной дизрафии у подростков позволяет добиться благоприятных и стойких клинических результатов у 81% пациентов. При отсутствии показаний к хирургическому лечению, прогрессирующая боль в поясничной области, ограничение подвижности позвоночника, признаки радикулопатии, являются показаниями к немедикаментозному лечению трансмагнитной стимуляцией (ТМС). ТМС проводилась мощностью 8 Гц, амплитудой 85-90 мА курсом 10 процедур индуктором на пояснично-крестцовую область в режиме магнитной стимуляции продолжительностью 15-18 мин в период одного посещения, далее на область мочевого пузыря также в режиме магнитной стимуляции частотой 3 Гц амплитудой уже 80 мА. Проведение ТМС на разные анатомические области обусловлено наличием сочетанных аномалий. Проведена комбинация зон воздействия и режимов. Подбор программы проводился индивидуально в соответствии с задачами и клиническими ответами на стимуляцию ТМС. Во всех случаях наблюдали положительный эффект со стороны болевого синдрома, отмечалось улучшение функции тазовых органов и нижних конечностей. Лечение нейрогенного болевого синдрома при фиксированном спинном мозге предполагает и проведение консервативных мероприятий методом ТМС. При признаках усугубления нарушений функций тазовых органов, нарастания болевого синдрома показано оперативное лечение.

Положительная динамика качества жизни выявляется в случаях раннего оперативного вмешательства СФСМ в сочетании с комплексной восстановительной терапией. Проведение комплекса лечебных мероприятий при СФСМ следует проводить с учетом характера неврологических расстройств и типа нарушений функций тазовых органов. При наличии обоснованных показаний своевременная хирургия данного порока с устранением фиксации спинного мозга, рассматривается нами как патогенетически обусловленный этап лечения.

Выводы.

1. При распределении больных по локализации спинальной дизрафии, основную позицию занимает пояснично-крестцовый отдел у 11 (52,4%) больных. В подростковом возрасте оперировать следует преимущественно пациентов с новообразованной или нарастающей неврологической симптоматикой.
2. Неинвазивность, безболезненность и безопасность ТМС делают возможным её применение у детей с СФСМ. Наиболее благоприятные исходы отмечены у детей с менингорадикулоцеле дополненные ТМС после герниотомии. Наша методика ТМС обеспечила положительный эффект при менингорадикулоцеле с дисфункцией тазовых органов по афферентному типу в 91% случаев наблюдений.
3. Проведение хирургической коррекции и комплексное лечение спинальной дизрафии у взрослых позволяет добиться благоприятных и стойких клинических результатов у 81% пациентов. Использование комплексного подхода в лечении этой группы пациентов обоснованно и позволяет достичь максимального реабилитационного потенциала и качества жизни.



СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕГКОГО

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА

**Ахмедов М.М., Мамадалиев М.М., Бабаханов А.Д.
Андижанской областной онкологической диспансер**

Актуальность. Ежегодно в мире выявляется более миллиона случаев рака легкого, что составляет 12% всех выявленных злокачественных опухолей, и регистрируется более 900 тысяч смертей от этого заболевания. Пик заболеваемости приходится на пациентов в возрасте от 60 до 70 лет. В момент установления диагноза около 20% пациентов имеют локализованную стадию заболевания, но радикальная операция возможна у 70-80% из них. Для обследования пациентов используются передовые достижения в различных областях науки и, тем не менее, проблема ранней диагностики периферического рака лёгкого до сих пор остаётся нерешённой, и более 2/3 больных поступает в специализированные клиники в III-IV стадии заболевания. Современное качественное обследование позволяет выявить распространенность опухолевого процесса и выработать тактику лечения.

Своевременное выявление периферического рака легкого является прерогативой рентгенологов. Их основная задача заключается в диагностике ранних форм рака легкого

Цель исследования. Улучшить **Результаты** хирургического лечения больных периферическим немелко клеточным раком легкого за счет совершенствования диагностики с использованием современных методов.

Материалы и методы исследования. Объекты исследования формировались методом многоступенчатого отбора с использованием случайной и типологической выборок. Объем исследования на всех этапах был обоснован статистически.

Результаты исследования. Периферическим раком легкого чаще страдают мужчины-77,8% больных, реже женщины-22,2%, что определяет соотношение 4:1. Чаще периферический рак легкого представлен плоскоклеточным раком -76,1%, реже железистым-8,5%, бронхиолоальвеолярным - 6,9%), крупноклеточным и диморфным — 2,7%) и 5,6% соответственно.

Для периферического рака легкого характерно бессимптомное течение заболевания, отмеченное у 87,5% пациентов.

Комплексное использование КТ ОГК, МРТ и ПЭТ позволяют у 88,4% больных до операции правильно установить диагноз, оценить распространенность рака легкого и тем самым обосновать показания к определенному объему хирургической операции.

Наибольшее значение в диагностике периферического рака легкого имеют КТ ОГК и ПЭТ. Точность этих методов составляет 85,7%> и 94,2% соответственно, чувствительность-92,2 % и 85,7 % соответственно, специфичность 57,5 % и 94,1 %> соответственно.

Благодаря усовершенствованию диагностики и развитию хирургии летальность и частоту осложнений после операции по поводу периферического рака легкого в настоящее время



удалось снизить до 3,1% и 15,1%) соответственно. Отдаленные **Результаты** зависят от стадии заболевания и определяются ранней диагностикой заболевания: в стадии IA более 5 лет прожили 54,5%) больных, при IIA стадии-22,9%, при IIIA - 12,8%> пациентов.

Распространенность опухоли и метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов определяют прогноз радикальных хирургических операций, выполненных больным периферическим немелкоклеточным раком легкого. Показатель символа «Т» имеет прогностическое значение лишь при отсутствии регионарных метастазов в лимфоузлах.

Вывод. Охарактеризованы диагностические этапы, сформулирована рациональная их последовательность для больных периферическим раком легкого. Внедрена схема комплексной подготовки органов системы дыхания, включающая в себя лечение хронического обструктивного бронхита, обучение эффективному дыханию, антибактериальную терапию, и проведение дыхательной гимнастики до операции, что создавало более благоприятные условия проведения хирургического вмешательства. Произведена оценка диагностических возможностей позитрон-но-эмиссионной томографии как метода обследования больных периферическим раком легкого. Определены мероприятия, совершенствующие диагностический процесс, и приводящие к улучшению непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных, страдающих периферическим раком легкого.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕФРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Э.А., Султанова Л.Р., Абзалова М.Я.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Злокачественные новообразования у детей относятся к категории социально-значимой патологии в связи с высоким уровнем инвалидизации и смертности. В последние годы в Узбекистане, как и во всем мире, отмечается отчетливая тенденция увеличения заболеваемости и смертности от этой патологии. Из них нефробластома (НБ) занимает 4-е место (7%), уступая лидерство гемобластозам (40%), новообразованиям ЦНС (15%) и саркомам мягких тканей (8%) (Алиев М.Д., 2012). Нефробластома относится к разряду наиболее хорошо изученных и курабельных опухолей детского возраста. Ежегодно в мире регистрируется 7-8 случаев, впервые заболевших опухолью Вильмса, на 1 000 000 детского населения (ВОЗ, 2018). При этом нефробластома доминирует среди первичных опухолевых поражений почек у детей.

Цель исследования. Улучшение качества диагностики нефробластом за счет рационального применения современных методов медицинской визуализации.

Материал и методы исследования. Материалом послужили наблюдения опухоли Вильмса у 37 детей от 3 до 6 лет, поступивших в экстренном порядке в приёмное



отделение клиники ТашПМИ. У всех детей заболевание остро манифестировало с выраженным абдоминальным болевым синдромом и подъемом температуры до фебрильных цифр. Клинически во всех случаях предполагалась воспалительный процесс и наличие объемного образования в органах брюшной полости и забрюшинного пространства.

Результаты исследований. Первичную диагностику проводили методом комплексной эхографии, при этом при ультразвуковом исследовании визуализировали исходящее из почки шаровидное образование преимущественно средней эхогенности с ровными наружными контурами, образованными псевдокапсулой. Средние размеры опухолевого узла составили - 7,6 см; в 3 случаях в опухоли определялись анэхогенные участки различных размеров и формы, которые отображали зоны кистозной дегенерации и кровоизлияний. У 13 детей нефробластома содержала кальцинаты, у 12 - включения жировой плотности.

Собирательная система почки была деформирована, сдавлена или смещена опухолевым узлом. При исследовании в режиме ЦДК в большинстве случаев васкуляризация нефробластомы по сравнению с неизменной паренхимой почки была значительно снижена. Триплексное сканирование определило в ткани опухоли хаотично расположенные патологические сосуды с артериальным и венозным спектром кровотока. При проведении экскреторной урографии отмечалось деформация контуров почки или изменение ее формы, у 7 детей это было связано с увеличением размеров почки. Наиболее часто встречаемыми косвенными признаками опухоли были признаки увеличения размеров почки и деформации полостной системы почки, которые в большинстве случаев сочетались между собой.

В сомнительных случаях провели МСКТ, при этом - нефробластома имела вид гетерогенного округлого образования мягкотканной плотности, обычно более низкой, чем неизменная паренхима почки, определялись участки жидкостной плотности. Мелкие кистозные зоны (до 1см в диаметре) значительно лучше выявлялись при ультразвуковом исследовании, чем при КТ. В одном случае отмечалась опухоль с нечеткими контурами, занимающая паренхиму и синус почки, а также примыкающую клетчатку.

На МРТ опухолей небольших размеров (до 25-30 мм) визуализировали как округлой или овальной формы субкапсулярные образования, деформирующие контур почки, с однородной структурой, изоинтенсивной корковому слою и гипоинтенсивной по сравнению с пирамидками на T1-ВИ; умеренно гиперинтенсивной или изоинтенсивной паренхиме почки на T2-ВИ. По их периметру определялся непрерывный или прерывистый на T1 и T2-ВИ ободок - псевдокапсула.

Выводы. Таким образом, первичным методом исследования в диагностике опухоли Вильмса явилось УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства. Метод позволяет выявить органную принадлежность опухоли, определить солидное или кистозное ее строение. Однако при обследовании детей с нефробластомами на первом диагностическом этапе традиционно применяют внутривенную урографию.



Эффективность метода крайне низка при дифференциальной диагностике опухолевых и неопухолевых объемных поражений. Основными уточняющими методами диагностики признаны МСКТ и/или магнитно-резонансная томография брюшной полости, поскольку они позволяют определить топику опухоли, протяженность поражения, метастазы в регионарные лимфатические узлы и другие органы.

РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ.

Ахмедова Н.М., Иминова Н.Б., Муталипова М.Х.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан.

Актуальность темы. Миома матки встречается у каждой 4-5 женщины в возрасте старше 35 лет, диагностируется примерно у 1/3 из всех обращений в гинекологические клиники. По данным статистики ВОЗ увеличивается частота развития миомы матки у молодых женщин репродуктивного возраста. До настоящего времени ведущим методом лечения миомы матки является хирургический, но определенная часть больных получает консервативное медикаментозное лечение. Широко используются препараты прогестеронового ряда, и его производные. Неинвазивный тест для диагностики миомы матки был бы необходим женщинам с тазовой болью и/или бесплодием при нормальном ультразвуковом исследовании. Выявлено более 100 возможных биомаркеров, которые были исследованы. Однако ни в одном исследовании не было четко показано, какой маркер наиболее подходит для клинического использования.

Цель исследования: Определение неинвазивных маркеров анексин V, сосудистый эндотелиальный фактор роста, СА-125. Улучшить неинвазивную диагностику различных форм миомы матки.

Материал и методы исследования: Для оценки состояния у 60 женщин, 40 больных с миомой матки различной формы и 20 здоровых женщин мы провели исследование. Объем обследования включают стандартные клиничко-anamnestические, лабораторные, ультразвуковые методы исследования. Определение неинвазивных биомаркеров миомы матки.

Результаты исследования: Мы исследовали новый подход по неинвазивной ранней диагностике миомы матки. Разработали показатели ряда биологических маркеров (сосудистый эндотелиальный фактор роста А, СА-125, гликоделин), показали возможность их применения для диагностики и контроля эффективности терапии.



УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОГО ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ

Ахралов Ш.Ф., Ортикбоева Ш.О., Манашова А.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Важным аспектом становится доклиническая диагностика состояния сосудистой системы у детей с избыточной массой тела, поскольку это имеет существенное значение для профилактики развития клинически проявленной кардиоваскулярной патологии в подростковом возрасте.

Цель исследования. Изучение цереброваскулярной реактивности при проведении функциональных тестов (гипервентиляция и апное-тест) у детей 7- 16 лет в зависимости от возрастного индекса массы тела.

Материалы и методы исследования. Исследование. Обследовано 30 практически здоровых детей школьного возраста (7-16 лет). На основе возрастного индекса массы тела (ИМТ) выделено 2 группы детей. 1) с избыточным весом (выше 90-й перцентили возрастного ИМТ) – 15 детей (основная группа); 2) с нормальным весом (с нормальным возрастным ИМТ) – 15 детей (контрольная группа). Анализ полученного материала производилось с учетом пола, возраста, анамнестических сведений относительно потенциальных факторов риска развития цереброваскулярных заболеваний. Всем детям проведен диагностический комплекс исследований направленный на оценку антропометрических показателей. веса (кг), роста (см), возрастной ИМТ (перцентиль), а также уровня систолического и диастолического давления. Всем детям проводилось транскраниальное триплексное сканирование основной и среднемозговых артерий с **Целью** оценки кровотока в покое, а также при проведении функциональных тестов (гипервентиляция и апное-тест) для определения цереброваскулярной реактивности на ультразвуковом диагностическом аппарате «Arlio 500» с использованием мультисекторного датчика с частотой 1-4 МГц. В качестве функционального теста на гипоканию будет использоваться проба с гипервентиляцией.

Результаты исследования. При исследовании получили количественные данные показателей церебральной гемодинамики у мальчиков и девочек в зависимости от возрастного индекса массы тела, а также определили взаимосвязь антропометрических показателей, показателей АД с показателями церебральной гемодинамики, коэффициентами вазоконстрикторного и вазодилатационного резервов у детей школьного возраста с различным возрастным ИМТ, а также уточнили цереброваскулярную реактивность у детей школьного возраста в зависимости от возрастного индекса массы тела.

Выводы. В ходе исследования были получены количественные данные о показателях церебральной гемодинамики у мальчиков и девочек, учитывая их возрастную



индекс массы тела. Также была определена взаимосвязь между антропометрическими показателями, показателями артериального давления и показателями церебральной гемодинамики. Были исследованы коэффициенты вазоконстрикторного и вазодилатационного резервов у детей школьного возраста с различным возрастным индексом массы тела. Кроме того, была уточнена цереброваскулярная реактивность у детей школьного возраста в зависимости от их возрастного индекса массы тела.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Ахралов Ш.Ф., Умарова У.А., Юлдашев Т.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Исследование гемодинамических особенностей позвоночной артерии у детей является актуальной темой, так как возможность ранней диагностики и лечения заболеваний этой артерии является важным моментом в сохранении здоровья детей. Позвоночная артерия обеспечивает кровоснабжение мозга, и ее нарушение может привести к серьезным последствиям, таким как нарушения зрения, координации движений, головокружение, головные боли и другие симптомы. Ультразвуковая диагностика является безопасным, неинвазивным и эффективным методом исследования гемодинамики позвоночной артерии у детей, что делает эту тему особенно актуальной для исследования.

Материал и методы исследования: В исследовании участвовали 100 детей в возрасте от 5 до 16 лет. Мы использовали комплексную эхографию (серошкальную и доплерографию) для изучения гемодинамических особенностей позвоночной артерии, на ультразвуковом диагностическом аппарате «Aplio 500».

Результаты исследования. Ультразвуковая диагностика позволила оценить гемодинамику позвоночной артерии у всех исследуемых детей. Мы выявили несколько показателей гемодинамики, которые в дальнейшем были использованы для определения риска ишемии или инсульта у детей. Одним из таких показателей – явилось скорость кровотока в позвоночной артерии. При повышении скорости кровотока свидетельствовала о нарушении кровообращения в этой артерии и о риске развития инсульта, также при снижении скорости кровотока, были показателями для ишемии структур головного мозга (нормальные значения скорости кровотока в позвоночной артерии у детей составляют от 60 до 150 см/сек). Еще одним важным показателем являлась стеноз позвоночной артерии. В наших исследованиях у 2 (2,0%) детей выявили врожденное сужение ПА, который превышал 50%.

Выводы. Таким образом, исследование позволило установить, что ультразвуковая диагностика является эффективным методом оценки гемодинамики



позвоночной артерии у детей. Наши **Результаты** могут быть использованы для более точного определения риска инсульта у детей и для разработки эффективных мер по его профилактике. Однако, для диагностики риска инсульта у детей необходимо проведение комплексного обследования, включающего в себя не только УЗИ позвоночной артерии, но и другие методы исследования, такие как магнитно-резонансная ангиография (МРА), компьютерная томография (КТ), электроэнцефалография (ЭЭГ) и другие.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.

Ахтамов А., Ахтамов А.А., Ахаткулов Т.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность темы. Если вопросы диагностики и лечения врожденного вывиха бедра у детей на первом году жизни достаточно разработаны и широко освещены в литературе, то методы выявления патологии в условиях родильного дома и ранние лечебные мероприятия в этом возрасте носят противоречивый характер и оказывают влияние на неблагоприятные исходы.

Цель. Лечение врождённого вывиха бедра у детей состоит в том, чтобы не только вправить головку во впадину, но и создать анатомически стабильный, функционально полноценный сустав, а также уменьшить инвалидность.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 45 детей с врождённым вывихом бедра, в том числе 11 двухсторонних суставов, в возрасте от 1 мес. до 12 лет (всего 56 суставов).

В последние годы нарастает число детей с поражением центральной нервной системы и гипертензионным синдромом, который сопровождается гипертонусом мышц. Следовательно, диагностика представляет значительные трудности. Лечение и диспансеризацию детей с врождённым вывихом бедра необходимо проводить совместно с педиатрами и невропатологами.

Детям в возрасте до 1 мес. производят свободное пеленание и лечебную гимнастику, направленную на ликвидацию приводящей контрактуры бедер.

При лечении врождённой дисплазии тазобедренного сустава у детей в возрасте 1-2 мес. применяют отводящие функциональные приспособления: распашонку-стремена, подушку Фрейка, повязку-лифчик Шнейдерова. Начиная с 1 мес. ребёнку надевают шину ЦИТО (до 3 мес. ребёнку надевают шину № 1, 6 мес.-№ 2, 12 мес.-№ 3).

Как правило, период самовправления длится 6-10 сут. и более. Поэтому в этот период не разрешается купать ребёнка и снимать отводящие приспособления. При сгибании бёдер под углом 75-80° и отведении их под углом 70-75° достигается центрирование головки бедренной кости в вертлужную впадину.



При полном вывихе бедра лечение на шине длится 5-6 мес. а при подвывихах и дисплазии суставов – 2-3 мес. Длительность лечения на абдукционной шине зависит от развития крыш вертлужных впадин.

При предвывихе и подвывихе бедра стремена (ши-ны) обеспечивают хороший контакт суставных концов и создают благоприятные условия для дальнейшего развития тазобедренных суставов.

При изучении формирования тазобедренного сустава и результатов лечения у 435 детей в возрасте от 3 до 10 лет с дисплазией и врожденным вывихом бедра установлено, что чем раньше было начато лечение, тем раньше нормализовались рентгенологические показатели.

Так, у 99 % детей с дисплазией тазобедренного сустава, которых начали лечить в возрасте до 3 мес. анатомия и функция конечности восстановились полностью. У 10% детей, которых начали лечить в возрасте 4-6 мес. через 3-10 лет на рентгенограмме выявляли признаки дисплазии.

У 87,1 % детей с врожденным вывихом бедра, которых начали лечить в возрасте до 3 мес. получены хорошие анатомо-функциональные **Результаты.**

Выводы: Необходимо проводить ранние осмотры, начиная с родильного дома;

Осуществлять пропаганду знаний среди населения о патологии детского опорно-двигательного аппарата;

Организовать санитарно-просветительскую работу среди педиатров, хирургов и ортопедов, добиваясь "ортопедической настороженности";

Проводить полную диспансеризацию и учет детей с данной патологией;

Разъяснять экономическую целесообразность раннего выявления и лечения врожденного вывиха бедра.

ФОРМИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА.

Ахтамов А., Ахтамов А.А., Тешаев Т.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность темы. В настоящее время в структуре врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей первого года жизни на долю дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра приходится 73,24% случаев (Андрианов В.Л., Веселов Н.Г. 2018).

Цель: С целью оценки состояния тазобедренного сустава у детей младшего возраста после консервативного лечения при врожденном вывихе бедра для возможности прогнозирования формирования элементов суставных компонентов нами



проведено изучение рентгенограмм больных после функционального лечения в динамике в сроки до 10 лет.

Анализ результатов рентгенологических показателей дает возможность выбора современных рекомендаций и лечебных мероприятий в зависимости от приспособления сустава к функциональным условиям.

Материал и методы исследования: В отделении детской ортопедии областной больницы ортопедии и последствий травм изучен архивный материал больных, 152 (244 суставов) детей с врожденным вывихом бедра лечившихся в 2005-2006 годы.

Всем больным проводилась рентгенография тазобедренных суставов. Средний возраст всей группы при поступлении был 21,5 месяц, на контроль явились 102 больных (162 сустава), что составило 64%. Средняя оценка по результатам 2022 года составила 4,02 балла, асептический некроз был выявлен у 16,5% больных.

Результаты лечения: анализ непосредственных результатов через 6-10 лет показал, что результат несколько хуже, особенно при двухсторонних вывихах, при выраженной исходной гипоплазии. Важнейшим фактором является возраст в момент устранения вывиха, сопоставление результатов лечения, когда возраст ребенка на начало лечения приходится на 7-12, 13-18, 19-24 месяцев, показывает, что **Результаты** статистически достоверно ухудшаются с увеличением возраста больных. Для оценки результатов лечения использовалась балльная оценка ЦИТО. По наблюдениям на 2021-2022 гг. оценка 5,0 балла составила -5,7%, 4,9-4,0 балла у -5,26%, 3,9-3,0 балла у -23,4% и 18,3% больных нуждались в хирургическом лечении. Балльная оценка ЦИТО мало подходит для анализа отдаленных результатов. Результат считался хорошим, если больные не предъявляли жалоб, учились, не ограничивали функцию, движения в тазобедренном суставе были в полном объеме, болей и хромоты не было. Результат считается удовлетворительным, если отсутствовали жалобы, движения в тазобедренном суставе в полном или почти в полном объеме, хромоты и болей не было. Рентгенологически обнаруживались небольшая деформация головки бедра, угол Виберга не менее 200. Результат считался неудовлетворительным, если больные жаловались на боли, симптом Тренделенбурга положительный. На рентгенограмме угол Виберга менее 150. Изучение отдаленных результатов функционального лечения в возрасте от 6 месяцев до 3 лет показывают следующее:

Выводы: 1. Функциональный метод дает стойкие хорошие **Результаты** у 80% пациентов до 2 лет. 2. Основной причиной неудач лечения (18,3%) является асептический некроз. Для уменьшения частоты и снижения тяжести асептического некроза рекомендуется проводить вытяжения в сроке не менее 25-30 дней, первые дни включать физиотерапевтические процедуры.

3. Внесуставная реконструкция тазобедренного сустава позволяет получить благоприятный результат у большинства больных, у которых развитие тазобедренного сустава происходит медленно и формируется подвывих бедра.



ОЦЕНКА КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ АНДИЖАН РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Ашуралиева М.А., Касимова Г.З., Сахибова М.Д.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бронхиальная астма (БА), являющаяся одним из самых распространённых хронических заболеваний в детском возрасте, требует дальнейшего изучения в плане исследования предрасполагающих и причинно-значимых факторов, механизмов патогенеза и особенностей клинического течения, совершенствования методов диагностики, лечения и профилактики. По данным официальной медицинской статистики лёгкие формы бронхиальной астмы у детей составляют 20%, среднетяжёлые - 70% и тяжёлые - 10%, в то время как исследования, проведенные по опроснику программы ISAAC, позволили выявить лёгкое течение бронхиальной астмы у 80,4%, среднетяжёлое – у 15,0% и тяжёлое - у 4,6% детей с данной патологией. Люди всех возрастов во всем мире подвержены этому хроническому заболеванию дыхательных путей. Отмечается высокий рост бронхиальной астмы, особенно среди детей. Сегодня в развитых странах заболевание приобретает характер эпидемии. По данным ВОЗ в мире страдают бронхиальной астмой около 300 млн человек. По данным официальной статистики в Республике Узбекистан уже на протяжении 5 лет первое место по распространенности занимают болезни органов дыхания, в число которых входят такие заболевания как: пневмония, хронический бронхит и неутонченная эмфизема, бронхиальная астма.

Цель работы. Оценить контроль бронхиальной астмы у пациентов в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы исследования. Для 62 детей амбулаторных пациентов с БА в возрасте от 10 до 17 лет (в среднем 14 лет, 14 % мальчики) и 18 детей от 4 до 9 лет (в среднем 6,5 лет, 68 % мальчики) была заполнена узбекская версия вопросни-ка по контролю симптомов астмы (ACQ-5). Взрослые дети отвечали на вопросы самостоятельно, за детей до 10 лет вопросник заполняли роди-тели. Исследование проводилось в феврале-марте 2017 года.

Результаты исследования. Длительность БА составила от 1 месяца до 17 лет (в среднем 13,4 года). 3 % больных на момент обследования проживали в неблагополучных условиях (дома отапливаются углем и дровами), 1 % пациентов с БА на момент обследования проживали близко к промышленным заводам. Средний балл вопросника ACQ-5 составил 1,77, при этом у детей до 10 лет - 0,87 балла, у детей до 17 лет - 1,86 балла ($p < 0.001$). У 52 % паци-ентов выявлена неконтролируемая астма ($ACQ > 1,5$): у 21 % детей и 55 % лиц старше 10 лет. Полный контроль БА отмечен у 21 % больных, при этом у детей до 10 лет чаще (53 %), чем у детей до 17 лет - 8 %, $p < 0.001$). Среди пациентов с полным и частичным контролем у 47 % пациентов была легкая астма, у



48 % - средней тяжести и 5 % составили больные с тяжелым течением БА. Отсутствие контроля отмечено в 11 % случаев при легкой астме, в 57 % и 32 % при средне-тяжелой и тяжелой БА, соответственно. Выявлено ухудшение контроля астмы с увеличением возраста пациентов ($r=0.4$, $p<0.001$) и длительности астмы ($r=0.2$, $p<0.001$). Контроль БА у детей проживающих в неблагоприятных условиях было хуже (2,40 балла), чем у детей проживающих в удовлетворительных условиях (1,73 балла, $p<0.01$).

Вывод. Выявлен низкий уровень контроля БА в реальной клинической практике. У детей старшего возраста длительность течения астмы ассоциирована с более низким контролем.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А.
ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова»

Актуальность: В хирургическом лечении язвенных кровотечений необходим индивидуальный подход к выбору лечебной тактики. В последнее время эндоскопический гемостаз чаще упоминается как альтернативный метод, хотя ряд авторов считают, что он является широко доступным, быстро выполнимым и в то же время высоко информативным. Большим преимуществом является то, что с помощью эндоскопии осуществляется не только диагностика, но и одномоментное устранение желудочно-кишечных кровотечений.

Цель - изучение эффективности эндоскопического гемостаза при эрозивно-язвенных процессах желудка и двенадцатиперстной кишки

Материалы и методы. Проведен анализ результатов у 204 пациентов в группе сравнения и 121 больного в основной группе.

При анализе сводной частоты рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза становится очевидным, что при острой язве в основной группе за счет применения нового метода лечения удалось значительно снизить частоту рецидивов кровотечения при всех степенях ЖКК, суммарно с 10,7% до 1,4% ($\chi^2 = 5,498$; $df=1$; $p=0,020$). При хронической язве картина аналогичная, частота рецидивов в группе сравнения составила в итоге 14,1%, в основной же группе – 3,8% ($\chi^2 = 3,765$; $df=1$; $p=0,053$).

Обсуждение. Если суммировать все язвы, то следует констатировать тот факт, что благодаря применению новых технологий в основной группе удалось снизить количество рецидивов ЖКК с 12,3% до 2,5%, что почти в 5 раз ниже ($\chi^2 = 9,219$; $df=1$; $p=0,003$).

Если анализировать частоту рецидива кровотечений после эндоскопического гемостаза в зависимости от тяжести по Forrest (1974), то становится очевидным, что наибольшая разница отмечена в группе сравнения у больных с Ф-Ia и Ф-Ib степенью ЖКК с



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



симптоматическими факторами риска ($\chi^2 = 4,305$; $df=1$; $p=0,039$). В целом, если взять всех пациентов, то при Ф-Ia и Ф-Iб степени ЖКК удалось сократить частоту рецидивов с 20,0% в группе сравнения до 5,3% в основной группе ($\chi^2 = 4,126$; $df=1$; $p=0,043$). При Ф-IIa и Ф-IIб степени ЖКК частота рецидивов кровотечения уменьшилась с 9,0% в группе сравнения до 1,2% в основной группе ($\chi^2 = 5,568$; $df=1$; $p=0,019$). Уменьшение рецидивов кровотечения в 4-7 раз значительно улучшает **Результаты** лечения пациентов, сокращает сроки реабилитации.

При сравнении эффективности первичного и вторичного эндоскопического гемостаза в зависимости от наличия лекарственных факторов риска оказалось, что несмотря на то, что в основной группе даже без лекарственных факторов риска, потребность в повторном гемостазе и оперативном лечении составляла всего 1,5% против 7,5% в группе сравнения, при наличии симптоматических факторов риска эта разница была еще более ощутимой и уже достоверной. Так, в группе сравнения повторный эндогемостаз понадобился в 12 (12,2%) случаев, тогда как в основной группе у 1 (1,8%) пациента, прибегнуть к хирургическим методам пришлось в 5 (5,1%) случаях в группе сравнения и лишь в 1 (1,8%) случаев в основной группе ($\chi^2=6,396$; $df=2$; $p=0,041$). Суммарно, независимо от наличия лекарственных факторов риска в основной группе в 118 (97,5%) случаев удалось избежать повторного эндогемостаза и оперативного лечения против 179 (87,7%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=9,234$; $df=2$; $p=0,010$).

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе ЯБДПК выявлено в основной группе в 68 (97,1%) случаев удалось избежать повторного эндогемостаза и оперативного лечения против 108 (88,5%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=4,501$; $df=2$; $p=0,106$).

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе ЯБЖ разница между группами еще более ощутимая, в основной группе в 50 (98,0%) случаев удалось избежать повторного эндогемостаза и оперативного лечения против 71 (86,6%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=5,143$; $df=2$; $p=0,077$).

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе с кровотечениями Ф-Ia и Iб, независимо от наличия лекарственных факторов риска в основной группе в 36 (94,7%) случаев удалось избежать повторного эндогемостаза и оперативного лечения против 48 (80,0%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=4,151$; $df=2$; $p=0,126$). При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе с кровотечениями Ф-IIa и IIб отмечается картина, аналогичная предыдущей, в основной группе в 82 (98,8%) случаев удалось избежать повторного эндогемостаза и оперативного лечения против 131 (91,0%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=5,619$; $df=2$; $p=0,061$).

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза у всех больных в основной группе отмечено достоверное повышение эффективности в основной группе за счет применения лазерной фотокоагуляции. Суммарно в группе сравнения эффективность первичного эндогемостаза составила 179 (87,7%) случаев, в основной группе – 118 (97,5%),



летальность в группе сравнения составила 3 (1,5%), в основной группе летальности не отмечено ($\chi^2=9,555$; $df=3$; $p=0,023$).

Повторное эндоскопическое исследование было выполнено 92 пациентам в группе сравнения и 59 больным в основной группе. Исследование в динамике осуществлялось на 4-5 сутки после эндоскопического гемостаза. Следует еще раз отметить, что во всех случаях в обеих группах консервативная терапия была одинаковой. Сравнительная динамика по сокращению диаметра язвенного дефекта показывает схожие размеры язвы в начале лечения 1,54/1,56 см ($t=0,26$; $p>0,05$) и более выраженное уменьшение в диаметре в основной группе в динамике 1,24/0,97 см ($t=3,43$; $p<0,05$).

Выводы: Предложенный способ эндоскопической лазерной ретракции кровяного сгустка на поверхности язв слизистой желудка и ДПК (при кровотечениях типа Ф-Ia-б и IIa-б) обеспечивает хороший гемостатический эффект, позволяет снизить частоту рецидива кровотечения с 12,3% (у 25 из 204 пациентов в группе сравнения) до 2,5% (у 3 из 121 пациента в основной группе; критерий $\chi^2= 9,219$; $df=1$; $p=0,003$). В зависимости от тяжести кровотечения эффективность первичного эндоскопического гемостаза в группе с Ф-Ia и Ib увеличилась с 80,0% (у 48 из 60 пациентов в группе сравнения) до 94,7% (у 36 из 38 пациентов в основной группе), в группе с Ф-IIa и IIб с 91,0% (у 131 из 144 пациентов в группе сравнения) до 98,8% (у 82 из 83 пациентов в основной группе). В целом частота эффективного первичного эндогемостаза возросла с 87,7% (у 179 из 204 пациентов в группе сравнения) до 97,5% (у 118 из 121 пациента в основной группе), вторичный гемостаз был достигнут в 8,8% (18 пациентов) и 1,7% (2 пациента) соответственно, доля оперативного лечения сократилась с 3,4% (7 пациентов) до 0,8% (1 пациент; критерий $\chi^2= 9,234$; $df=2$; $p=0,010$). На фоне применения предложенного способа отмечена более выраженная регенерация язвенных дефектов, так в группе сравнения в динамике на 4-5 сутки после эндогемостаза диаметр язв сократился с $1,54\pm 0,44$ см до $1,24\pm 0,45$ см, тогда как в основной группе с $1,56\pm 0,47$ см до $0,97\pm 0,49$ см ($t=3,43$; $p<0,05$). Достигнутая эффективность эндоскопического гемостаза позволила сократить количество госпитальных койко-дней с $5,8\pm 1,3$ суток до $4,6\pm 1,1$ суток ($t=8,74$; $p<0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Туксанов А.И., Маткаримов Ш.У.
ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова»

Актуальность. Эхинококкоз печени (ЭП) – паразитарное заболевание печени, вызываемое личиночной стадией ленточных червей рода *Echinococcus*. На сегодняшний день основные стратегии лечения ЭП включают медикаментозную терапию, традиционную и лапароскопическую эхинококкэктомия (ЭЭ), а также чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства. Однако при всех методах лечения частота



рецидивов остается высокой и, по данным различных авторов, достигает 25%. При этом тактические аспекты в отношении этой патологии остаются в разряде спорных вопросов, ввиду разносторонних подходов к выбору способа хирургического лечения и неоднозначности в плане их результативности.

Цель исследования: провести анализ эффективности лапароскопической эхинококкэктомии (ЛапЭЭ) из печени в зависимости локализации, размеров и стадии развития эхинококковой кисты (ЭК), а также с учетом выполнения по отношению к остаточной полости (ОП) дренирующих или абдоминализирующих вмешательств.

Материал и методы исследования. Основой исследования явились **Результаты** хирургического лечения 46 больных с первичной формой эхинококкоза печени (ЭП), оперированных с 2015 по 2017 гг. в Хорезмском областном многопрофильном медицинском центре, клинике Андижанского государственного медицинского института и ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова». Солитарная киста была в 26 (56,5%) случаях и множественные кисты у 20 (43,5%) пациентов. Кисты CE I типа были верифицированы у 22 (47,8%) пациентов, II типа – у 12 (26,1%), III типа – у 9 (19,6% и IV типа (ввиду осложненного течения) – у 3 (6,3%) больных. Из 46 случаев кисты размерами 5-6 см были у 14 больных, 6-8 см у 16, 8-10 см у 12 и более 10 см у 4 пациентов.

Результаты исследования. С учетом стадии развития кисты различные сложности с манипуляциями возникали чаще при CE II-IV типа. Так, сложности с аспирацией или удалением содержимого кисты отмечены всего в 14 (30,4%) случаев, при этом для типа CE II этот показатель составил 50% (6 из 12 пациентов), для CE III – 44,4% (у 4 из 9 больных), для IV типа – 100% (3). Это связано с тем, что в этих случаях проблемы возникали с аспирацией содержимого ввиду наличия множественных дочерних кист, толстой материнской хитиновой оболочки, или их кашеобразной деградацией, а также густым содержимым с обрывками хитина при IV типе. Другой проблемой были сложности с адекватной ревизией и обработкой ОП при преимущественно интрапаренхиматозной локализации. Даже применение оптики с различным углом наклона такая локализация не всегда позволяла адекватно ревизировать ОП, особенно при попытке лапароскопии при кистах по заднему скату право доли печени. Всего эти сложности отмечены у 6 (13,0%) пациентов, из них по два случая при CE I типа - 9,1%, II – 16,7% и III – 22,2%. Желчные свищи определены у 8 (17,4%) пациентов, из которых у 4 произведено клипирование, у 2 прошивание свища, а у других 2 пациентов источник желчеистечения установить не удалось из-за структурных изменений в фиброзной капсуле при осложненном течении ЭП. Варианты манипуляций по отношению к ОП подразумевали дренирование и (или) абдоминализацию, при этом сложности с выполнением перекистэктомии с достаточным иссечением фиброзной капсулы отмечены в 9 (19,6%) случаях.

Для оценки результативности предпринятых тактических аспектов во время выполнения ЛапЭЭ все кисты были разделены по размерам – до и больше 8 см, что позволит оценить



эффективность дренирующих или абдоминализирующих вмешательств в плане частоты осложнений со стороны ОП. При этом качество абдоминализации оценивалось исходя из общего объема ОП. Широкое иссечение фиброзной капсулы позволяет выполнить абдоминализацию без риска последующего спадения краев ОП, что может привести их слипанию с последующим скоплением жидкости с развитием осложненного послеоперационного течения. Конечно, на факт объема перикистэктомии влияют многие аспекты, в частности, доля экстраорганный локализации кисты, толщина фиброзной капсулы, наличие ОП неправильной формы с интрапаренхиматозными камерами и т.д. С учетом частой преимущественно интрапеченочной локализации большей части кисты анализ по эффективности абдоминализации ОП проведен исходя из иссеченного объема фиброзной капсулы – перикистэктомия на не менее 1/4 от объема ОП или меньше 1/4. Из 46 пациентов кисты до 8 см были у 30, дренирование выполнено у 53,3% (16) больных, абдоминализация ОП на не менее 1/4 от объема выполнена у 8 (26,7%) пациентов и на менее чем 1/4 – у 6 (20,0%). Из 16 больных с размером кист более 8 см, в 75,0% (12) произведено дренирование, в 18,8% (3) широкая абдоминализация (рис. 4.15) и в 6,3% (1) случаев частичная абдоминализация.

Следует отметить, что в большинстве случаев дренирование ОП сопровождается иссечением фиброзной капсулы, однако ограниченное ее выполнение, как правило на протяжении 2-4 см нельзя признать даже частичной абдоминализацией, ввиду чего эти манипуляции были отнесены именно к дренирующим вмешательствам.

В сроки до недели после операции дренаж был удален при кистах до 8 см у 11 (36,7%), при более 8 см – у 5 (31,3%). К 3 неделям наблюдения дренажи удалены во всех случаях при кистах до 8 см, тогда как при больших размерах в 12,5% (2 больных) случаях дренаж удален на 21-28 сутки и еще у 1 (6,3%) пациента в более поздний период. Все больные были без осложнений на период госпитализации.

В целом по группе осложнения со сторон ОП на 9-27 сутки после ЛапЭЭ отмечены у 10 (21,7%) из 46 больных, скопление жидкости у 8 (17,4%) и нагноение у 2 (4,3%).

С учетом вида ликвидации ОП частота осложнений при дренирующих вмешательствах после удаления дренажа составила 17,9% (у 5 из 28 больных), из них скопление жидкости было в 14,3% (4) и нагноение ОП в 1 (3,6%) случае. При широкой абдоминализации (на не менее 1/4 от объема ОП) отмечено 1 (9,1%) осложнений в виде скопления жидкости, при ограниченной абдоминализации всего отмечено 4 (57,1%) осложнения, из них в 3 случаях скопление жидкости и в 1 нагноение ОП.

Большинство осложнений были разрешены консервативно – 13,0% (у 6 пациентов), миниинвазивное дренирование ОП произведено у 6,5% (3 пациента), оперирован с абсцессом ОП 1 (2,2%) пациент.

Вывод. Среди основных факторов, технически усложняющих ЛапЭЭ, помимо локализации, выделены сложности с аспирацией или удалением содержимого кисты в 54,2% случаев при стадии развития - СЕ II, III и IV (у 13 из 24 пациентов с этими типами) за счет наличия множества дочерних кист, полностью заполняющих материнскую оболочку

(CE II, III) или густого вязкого отделяемого (CE IV), а также сложности с выполнением перекистэктомии для адекватной абдоминализации ОП при расположении гидатиды на 3/4 и более в паренхиме печени - 19,6% (у 9 из всех 46 оперированных). При этом совокупность факторов несостоятельной абдоминализации и исходных размеров кист более 8 см обуславливают повышение риска развития осложнений со стороны остаточной полости с 16,7% до 31,2%, среди которых в 18,8% случаев потребуется выполнение повторных вмешательств.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАДИЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Туксанов А.И., Иброхимов С.С.
ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова»

Актуальность. Эхинококкоз печени (ЭП) является зоонозным заболеванием, вызываемым цестодами рода *Echinococcus* (семейство Taeniidae), и согласно последним эпидемиологическим данным в эндемичных районах ежегодная заболеваемость кистозной формой эхинококкоза колеблется от 1 до 200 на 100 тысяч населения. На сегодняшний день в хирургии ЭП приобретают популярность новые минимально инвазивные процедуры (PAIR, PEVAC, лапароскопия), вытесняя традиционные операции и повышая эффективность лечения и качество жизни пациентов. Однако, по-прежнему, приоритет в выборе тактики лечения ввиду высокой частоты развития гигантских, множественных и осложненных форм остается за традиционными операциями.

Цель исследования: провести анализ эффективности традиционной эхинококкэктомии (ЭЭ) из печени в зависимости локализации, размеров и стадии развития эхинококковой кисты (ЭК), а также с учетом выполнения по отношению к остаточной полости (ОП) дренирующих или абдоминализирующих вмешательств.

Материал и методы. Проведен анализ результатов открытых вмешательств при эхинококкозе печени (ЭП) у 541 больного, оперированных с 2015 по 2017 гг. в Хорезмском областном многопрофильном медицинском центре, клинике Андижанского государственного медицинского института и ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», из которых только у 12 (2,2%) были выполнены различные варианты резекции печени. Большинство оперированных кист были в стадии CE II – 140 больных и CE III – 301 больной. Кисты CE I типа были только у 70 больных и IV типа – у 30 пациентов. Традиционным вмешательствам подвергались в основном крупные кисты. Кисты до 5 см оперированы только в 3 случаях, 5-8 см – 45 больных, 6-8 см – 83, 8-10 см – 216 и более 10 см – 194 пациента.

Результаты и обсуждение. При первичной форме ЭП спаечный процесс отмечен только в 15 из 440 (3,4%) случаев, что было связано с развитием осложненного



эхинококкоза с перифокальным воспалением или сдавлением окружающих тканей. При рецидивах, технические сложности с доступом к кисте отмечены в 24 (23,8%) случаях из 101 пациента. Выделение кисты, особенно по диафрагмальной поверхности печени в 15 (2,8%) случаях приводило к травме с перфорацией диафрагмы, которая ликвидировалась путем ушивания с дренированием плевральной полости.

Особую сложность составляют кисты с глубокой интрапаренхиматозной локализацией, при этом попытки рассечения ткани печени без применения резекционных технологий привели в 28 случаях к активному кровотечению, из которых у 25 пациентов (4,6%) гемостаз был достигнут путем прошивания ткани печени, а в 3 (0,6%) ввиду сомнительного гемостаза операция завершалась тампонированием остаточной полости (ОП). Пункция для идентификации кисты в 10 (1,8%) привела к потере последней после спадения, что безусловно в условиях отсутствия антипаразитарно обработки чревато высоким риском резидуального ЭП. В целом технические сложности при операции были отмечены у 92 (17,0%) пациентов.

Идеальная ЭЭ путем резекции фрагмента печени с кистой выполнена только в 12 (22%) случаях, ЭЭ с преимущественно полной или частичной ликвидацией ОП составила – 47,9% (259), а ЭЭ с дренированием и (или) абдоминализацией ОП выполнены у 270 (49,9%) больных.

Частота осложнений в ранний послеоперационный период при первичном ЭП составила 2,7%, при рецидивном – 9,9%. Кровотечение из паренхимы печени отмечено в 13 (2,4%) случаях, причем консервативные мероприятия позволили добиться гемостаза у 11 (2,0%) больных. У 2 пациентов пришлось выполнить релапаротомию, причем в 1 случае кровотечение из правой ветви воротной вены, травмированной при вскрытии глубоко расположенной кисты центральной локализации, оказалось фатальным (0,2%). Наиболее часто отмечались осложнения со стороны легких и плевры – 3,3% (18 случаев).

После операции дренажи в свободной брюшной полости как правило не держали длительно. Другим аспектом были сроки дренирования ОП в зависимости от способа ликвидации. Всего только дренирование выполнено у 230 больных, частично ОП на дренаже была ушита у 85 больных, из которых 1 пациент умер в раннем периоде, поэтому все остальные **Результаты** будут анализироваться у 84 выписанных пациентов. Полное ушивание ОП без дренирования выполнено в 163 случаях, атипичная или анатомическая резекция произведена у 12 больных, и в 51 случае выполнена абдоминализация ОП.

Соответственно варианту дренирования ОП (без ушивания или с частичной ликвидацией ОП) в сроки до 7 суток дренажи были удалены в 92 (40%) случаях при дренировании и у 48 (57,1%) больных с частично ушитой ОП. На 7-14 сутки дренажи удалены у 46 (20%) и 14 (16,7%) пациентов соответственно. В сроки до от 2 до 3 недель – 33 (14,3%) и 11 (13,1%) больных, 3-4 недели – 27 (11,7%) и 8 (9,5%), дренаженосительство более 1 месяца было у 32 (13,9%) и только 3 (3,6%) пациентов.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Наблюдение за больными в динамике после выписки показало, что частота развития осложнений со стороны ОП в течение 2 месяцев после операции составила 6,8% (у 37 из 540 больных). При этом, частота скопления жидкости в ОП при ЭЭ с дренированием составила 7,8% (у 18 из 240 пациентов), нагноение ОП выявлено у 8 (3,5%). При полном или частичном ушивании ОП доля этих осложнений составила 2,3% (у 6 из 259 больных) и 0,8% (у 2 пациентов), при абдоминализации ОП – 3,9% (у 2 из 51 больного) и 1 (2,0%) пациента. Одним из специфических осложнений является развитие реактивного плеврита, который является следствием снижения экскурсии диафрагмы при наличии поддиафрагмальных дренажей или воспалительного процесса в ОП, прилегающих к диафрагме. Всего эти осложнения были выявлены у 37 (6,9%) больных.

В целом, только при дренировании ОП было 26 (11,3%) больных с различными осложнениями, 204 (88,7%) – без осложнений со стороны ОП, при полной или частичной ликвидации – 8 (3,1%) пациентов с осложненным течением и 251 (96,9%) – без осложнений, при абдоминализации ОП – 3 (5,9%) и 48 (94,1%) больных соответственно.

Несмотря на то, что большинство указанных осложнений были разрешены консервативно – у 23 (4,3%) пациентов, доля необходимости в повторном вмешательстве была выше в группах с изолированным дренированием – 2,6% (у 6 больных) и с абдоминализацией ОП – 2,0% (у 1 больного), в группе с полной или частичной ликвидацией ОП этот показатель составил 0,8% (у 2 пациентов). Открытым повторным вмешательствам в связи с некупируемым консервативно нагноением ОП подвергнуто 4 (1,7%) пациента после дренирования и 1 (0,4%) – в группе ликвидированных ОП.

Выводы. В структуре традиционных ЭЭ в 13,5% случаев кисты локализовались интрапаренхиматозно, в связи с чем попытка их вскрытия путем рассечения ткани печени в 5,2% случаев сопровождалась интенсивным кровотечением, при котором гемостаз прошиванием был достигнут в 4,6%, а необходимость в тампонировании возникла в 0,6%, в свою очередь в раннем периоде после операции геморрагическое отделяемое по дренажу отмечено в 2,4% с релапаротомией у 2 (0,4%) пациентов и летальностью 0,2% (1).

При традиционных операциях попытка идентификации интрапаренхиматозной кисты малых (<5 см) размеров путем пункции может привести к ее спадению и потере гидатиды (1,8%), а рассечение паренхимы печени может обусловить интра- или послеоперационное кровотечение, в связи с чем рекомендуется выполнение PAIR при стадии развития кисты - CE I или PEVAC при CE II-III типа.

Выбор тактики в пользу дренирования ОП не только обуславливает необходимость длительного дренаженосительства, средние сроки которого составили $15,6 \pm 12,7$ против $10,7 \pm 7,8$ суток при частичной ликвидации на дренаже ($t=4,03$; $p<0,001$), но и увеличивает риск развития осложнений в виде жидкостных скоплений или нагноения ОП до 11,3%, тогда как адекватная абдоминализация сокращает этот показатель до 5,9%, а полное или частичное ушивание еще до 3,1%, в целом снижая долю повторных дренирующих или открытых вмешательствах для их лечения с 4,3% до 2,0% и 1,2% соответственно.



ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ ЖЕЛУДКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Шаниева З.А.

ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова»

Актуальность. Антимикробная фотодинамическая терапия (ФДТ) может являться серьезной и эффективной альтернативой классической антимикробной химиотерапии, учитывая почти полное отсутствие побочных эффектов и отсутствие факторов резистентности против данного воздействия. Под воздействием луча необходимого диапазона и в присутствии кислорода фотосенсибилизатор формирует активные формы кислорода, синглетные, и способен вызывать селективную фототоксичность в отношении бактерий, которая приводит к гибели микроба, разрушая на уровне структур бактериальной клетки.

Цель - оценка изучения эффективности фотодинамической терапии с наиболее значимыми патогенами воспалительных осложнений в желудке.

Методика эксперимента. Для подтверждения эффективности изучаемого метода фотодинамической терапии, проведен анализ определения чувствительности к антибиотикам патогенов, локализующихся в слизистой желудка при ахлоргидрии или воспалительных осложнениях желудка - *Helicobacter pylori*, *Staphylococcus aureus*, *Esherichia coli*, *Candida albicans*. Для светового излучения в красном спектре применялся эндоскоп с контролем длины волны в "красном пике" от 600 нм до 660 (650) нм, а мощность – 500 мВт. Исходная амплитуда напряжения соответствовала 300 мВт. Для лабораторного метода изучения использовалась установка с многоволоконным световодом с расфокусированным облучением чашки Петри с микробным ростом методом газона. Плотность мощности излучения была 120 мВт/см², с длительностью проведения от 1 до 5 минут. Изучение антимикробной активности препаратов в отношении тестированных культур, показало высокую резистентность к широкому ряду антибиотиков.

Результаты исследования. Исследование метода с *Helicobacter pylori*. В качестве фотосенсибилизатора использовали растворы метиленовой сини в стерильной дистиллированной воде в концентрации 0,1%. Взвесь культуры *H.pylori*, плотностью 10 ЕД по стандарту мутности, засеивали методом газона на чашки со средой Мюллера-Хинтона, затем закапывали 2 капли раствора фотосенсибилизатора, через 2 минуты - облучали источником красного света (на расстоянии 2 см от поверхности засеянного агара) в течение 1, 3, 5 мин. Изучение воздействия ФДТ в различных концентрациях и излучениях на *H.pylori*, показало задержку зоны роста патогена более 15 мм, при использовании различных концентраций и методов воздействия фотодинамией. Применение факторов ФДТ изолировано - применение только фотосенсибилизатора, или только микрооблучение, было неэффективным.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Исследование метода с *Staphylococcus aureus*. Идентично, вышеописанному методу, в качестве фотосенсибилизатора использовали растворы метиленовой сини в стерильной дистиллированной воде в концентрации 0,1%. Взвесь культуры *St.aureus* (плотность - 10 ЕД по стандарту мутности) засеивали методом газона на чашки со средой Мюллера-Хинтона, затем закапывали 2 капли раствора фотосенсибилизатора, через 2 минуты - облучали источником красного света (на расстоянии 2 см от поверхности засеянного агара) в течение 1, 3, 5 мин. Итог опыта доказывает эффективность и противомикробную активность ФДТ касательно исследуемого патогена - *S.aureus*. Изменение режимов светового луча и уровня насыщения фотосенсибилизатора не изменили активного действия ФДТ.

Исследование метода с *Esherichia coli*. Аналогичным способом, в качестве фотосенсибилизатора использовали растворы метиленовой сини в стерильной дистиллированной воде в концентрации 0,1%. Взвесь культуры *Esherichia coli* (плотность - 10 ЕД по стандарту мутности) засеивали методом газона на чашки со средой Мюллера-Хинтона, наносили по 2 капли раствора фотосенсибилизатора, через 2 минуты - на расстоянии 2 см от поверхности облучали источником красного света, в течении 1, 3, 5 минут. Отмечена задержка роста *Esherichia coli* при воздействии ФДТ при всех определенных концентрациях фотосенсибилизатора и других расположениях облучения более 15 мм. Применение по отдельности изучаемого фактора (микрооблучение и фотосенсибилизация) не показало эффективности и противомикробной активности, что указывает о противомикробной эффективности и действенности фотодинамической терапии в отношении изучаемого патогена, а именно *E.coli*.

Исследование метода с *Candida albicans*. В исследовании, при применении всех испытуемых тест-культур, в качестве фотосенсибилизатора использовали растворы метиленовой сини 0,1% (стерильная дистиллированная вода). Взвесь культуры с *Candida albicans*, плотностью 10 ЕД по стандарту мутности, засеивали методом газона на чашки со средой Сабуро, затем закапывали 2 капли раствора фотосенсибилизатора, через 10 минут - облучали источником красного света (на расстоянии 2 см от поверхности чашки) в течение 1, 3, 5 мин. Зоны задержки микробного роста *Candida albicans* при фотодинамическом воздействии при различных размещениях составили от 14 до 19 мм. Зона задержки роста микроорганизмов экспоненциально увеличивалась с увеличением концентрации фотосенсибилизатора метиленовой сини и не изменялась от времени и длительности излучения, уже от 60 секунд зоны задержки роста составляли максимальный диаметр.

Таким образом, усиленная ФДТ с использованием в качестве фотосенсибилизатора МС в концентрации 0,1% и параметрами облучения с плотностью мощности более 200 мВт/см² и экспозицией на площадь 3x3 мм в течение 2 минут может быть применена в клинической практике для профилактики кровотечений из множественных эрозий желудка.



Выводы: Учитывая данные микробиологических исследований, разработанная методика ФДТ эрозивно-язвенных поражений желудка позволяет эффективно подавлять рост патогенной микрофлоры, включая *Helicobacter pylori*. В результате преобладания пролиферативно-регенеративных процессов заживление раны в полученной экспериментальной ацетатной модели язвы желудка происходит на 3 сутки эксперимента, а полное морфологическое заживление через 7 дней. Микробиологические исследования показали, что при экспериментальной модели эрозивно-язвенного процесса в желудке только комбинированное применение лазерного воздействия в красном спектре с фотосенсибилизацией метиленовой сини обеспечивает высокую антимикробную эффективность в отношении наиболее значимых патогенных возбудителей, включая *Helicobacter pylori*.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ТЕРАПИИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СТРЕССОВЫХ УСЛОВИЯХ

С.А. Бабанов¹, Н.А. Острякова¹, Л.А. Стрижаков², М.В. Лысова³

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России (Самара, Россия)

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) (Москва, Россия)

³ГБУЗ СО «Самарская городская больница №5» (Самара, Россия).

Введение . Медицинские работники (МР) всегда испытывали значительный стресс, в связи с высокой ответственностью за здоровье и жизнь других людей. Повышенный уровень стресса может сказываться как на эмоциональном состоянии [1], так и на здоровье медицинских работников [2]. Выгорание среди врачей повышает риск врачебной ошибки, ухудшает прогноз лечения, вызывает желание сократить продолжительность рабочего дня, уровень нагрузки, вплоть до ухода из профессии [3,4]. Высокая степень ответственности за другого человека определяет степень риска развития профессионального выгорания, и необходимость психологической адаптации к стрессовым условиям труда, в том числе и с использованием различных копинг-стратегий психологической адаптации [5,6].

Цель Исследования. Выявить приоритетные копинг-стратегии, определяющие механизм психологической адаптации к стрессовым условиям труда у медицинских работников, работающих в стационарных условиях и условиях амбулаторно-поликлинического звена.

Материал и методы. Исследование выполнено на кафедре профессиональных болезней и клинической фармакологии имени заслуженного деятеля



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



науки Российской Федерации профессора Косарева Владислава Васильевича ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и отделения профпатологии областного центра профпатологии ГБУЗ СО «Самарская городская больница №5».

Были проанализированы следующие группы медицинских работников, работающих в многопрофильных стационарах и амбулаторно-поликлиническом звене:

Группа А – МР многопрофильных стационаров (n=190) включала в себя 2 подгруппы - 1 группа - врачи терапевтических специальностей (ВТС) многопрофильных стационаров (n=136); 2 группа - врачи хирургических специальностей (ВХС) многопрофильных стационаров (n=54). Группа В (n=160) в свою очередь включала в себя также 2 подгруппы - 3 группа - врачи терапевтических специальностей (ВТС) амбулаторно-поликлинического звена (n=99); 4 группа - врачи хирургических специальностей (ВХС), амбулаторно-поликлинического звена (n=61). В контрольную группу вошли работники экономической специальности, не связанных по профилю деятельности с работой в медицинских организациях (здоровые) (n=101). Оценка копинг-стратегий у МР проводилась по методике разработанной Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптированной Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году [Lazarus, Folkman, 1988, Крюкова Е.В., Куфтяк Е.В., Замышляева М.С., 2004]. При статистической обработке достоверность различий определялась при помощи однофакторного дисперсного анализа (ANOVA) с последующими межгрупповыми сравнениями по критерию Dunnett. Обработка полученных данных проводилась с использованием статистического пакета Statistica фирмы StatSoft (USA).

Результаты И Их Обсуждение. Проведена обработка результатов анкетирования, оценка и анализ показателей копинг-стратегий у МР.

При оценке показателя «положительная переоценка» определяется достоверное увеличение в МР многопрофильных стационаров (р_{b-10}=0,022) и МР амбулаторно-поликлинического звена (р_{c-10}≤0,001) по сравнению с контрольной группой. При оценке показателя «самоконтроль» определяется достоверное увеличение в группе МР многопрофильных стационаров (р_{b-10}<0,001) и МР, амбулаторно-поликлинического звена (р_{c-10}≤0,001) по сравнению с контролем. При оценке показателя «планирование решение проблемы» определяется достоверное увеличение в группе МР многопрофильных стационаров (р_{b-10}<0,001) и МР амбулаторно-поликлинического звена по сравнению с контрольной группой. При оценке показателя «поиск социальной поддержки» определяется достоверное увеличение в группе МР многопрофильных стационаров (р_{b-10}<0,001) по сравнению с контрольной группой. При оценке показателя «принятие ответственности» определяется достоверное увеличение в группе МР многопрофильных стационаров (р_{b-10}<0,001) и МР амбулаторно-поликлинического звена (р_{c-10}≤0,001) по сравнению с контрольной группой.

При оценке показателя «дистанцирование» определяется достоверное повышение у ВТС многопрофильных стационаров по сравнению с врачами терапевтических специальностей



амбулаторно-поликлинического звена ($p_{1-7}=0,030$). При оценке показателя «принятие ответственности» определяется достоверное увеличение в группе ВТС стационаров ($p_{4-10}=0,004$) и ВТС амбулаторно-поликлинического звена ($p_{7-10}\leq 0,001$) по сравнению с контролем.

При оценке показателя «планирование решение проблемы» определяется достоверное увеличение в группе ВХС многопрофильных стационаров ($p_{5-10}<0,001$) и ВХС амбулаторно-поликлинического звена ($p_{8-10}\leq 0,001$) по сравнению с контрольной группой. При оценке показателя «принятие ответственности» определяется достоверное увеличение ВХС стационаров ($p_{5-10}\leq 0,001$) и ВХС амбулаторно-поликлинического звена ($p_{8-10}=0,014$) по сравнению с контролем.

Заключение. В результате проведенного исследования показано, что у врачей как терапевтических, так и хирургических специальностей на высоком уровне находятся такие копинг-стратегии, как «дистанцирование», «самоконтроль», «принятие ответственности». Данные **Результаты** оценки особенностей проявления копинг-стратегий позволяют своевременно использовать современные методики психологической реабилитации и терапии у медицинских работников.

ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ - ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ РАБОТАЮЩИХ

С.А.Бабанов, Д.С.Будаш, А.Г.Байкова

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Россия, г. Самара, ул. Чапаевская 89, 443099

Неблагоприятные условия труда, которые представляют наибольший риск утраты профессиональной трудоспособности, отмечаются на ряде предприятий металлургии, машиностроения и судостроения, строительной индустрии, сельского хозяйства, транспорта, по добыче полезных ископаемых, по производству строительных материалов. Важнейшее значение в сохранении здоровья работающего населения играет система предварительных и периодических медицинских осмотров работающих во вредных условиях труда.

Несмотря на то, что в настоящее время в Российской Федерации, наблюдается рост числа социально-ответственных работодателей, остается определенный пласт работодателей, которые мало заинтересованы в качественном проведении медицинских осмотров. Имеют случаи сокрытия работодателем имеющихся рисков развития профессиональной и производственно обусловленной заболеваемости, а также допуска работников к профессиональной деятельности без учета данных медицинских заключений, факты расторжения трудовых отношений при заболевании работника и нежелании реализовывать определенные законодательством социальные гарантии.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Низкий уровень выявляемости профессиональных заболеваний, связан на наш взгляд, в том числе и с тем, что многие работающие, стараясь сохранить работу с конкурентноспособной заработной платой, заинтересованы в сокрытии начальных признаков профессионального заболевания и не предъявляют активных жалоб на периодических медицинских смо-трах.

Несомненно, определенная доля вины в низкой выявляемости профессиональных заболеваний при проведении периодических медицинских осмотров лежит и на медицинских организациях, имеющих лицензию на право проведения предварительных и периодических медицинских осмотров, а также экспертизу профессиональной пригодности и заключивших договора на проведение периодических медицинских осмотров с промышленными предприятиями, Причинами этого могут быть как низкая квалификация врачебных кадров, не знание специфики условий труда на том или ином производстве, плохая оснащенность медицинским оборудованием, так и не желание ссориться с заказчиком периодического медицинского осмотра – крупным промышленным предприятием, нефтяной компанией и т.д, боясь потерять дополнительную экономическую выгоду, связанную с наличием выгодного контракта на проведением ПМО.

В связи с вышеизложенным представляется важным повышение качества проведения предварительных и периодических медицинских осмотров медицинскими организациями государственной и негосударственной формы собственности, более полный охват периодиче-скими медицинскими осмотрами работающего населения, в том числе, работающих на малых предприятиях, индивидуальных предпринимателей.

Представляется чрезвычайно важным внедрение в повседневную практику ПМО работников, осуществляющих свою трудовую деятельность во вредных условиях труда методических и методологических инструментариев оценки профессионального риска, что позволит дифференцированно решать проблемы управления профессиональным риском (ограничение времени воздействия в производственных условиях вредных производственных факторов), а также профилактики и лечения профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний, использования доказательной методологии при решении вопросов возмещения нанесенного ущерба здоровью [1]. Оценка профессионального риска с последующей защитой временем является популяционной основой сохранения здоровья и продления трудового долголетия работающего населения (и прежде всего работающих во вредных условиях труда), она должна быть дополнена использованием современных методов молекулярного и генетического скрининга, позволяющим рационализировать процессы профотбора и экспертизы профессиональной пригодности.

Важной методологической и практической задачей с позиций улучшения качества проведения ПМО является вопрос улучшения диагностики в ходе ПМО профессиональных онкологических заболеваний [2]. Также необходимо создание национального регистра лиц, работающих (работавших) во вредных условиях труда и больных



профессиональными заболеваниями. Также возможно создание региональных субрегистров, на уровне субъектов Российской Федерации (региональные Министерства (департаменты) здравоохранения, региональные центры профпатологии).

ДИСЛЕПИДЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАННЕГО СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА

Бадалбаева Н.М., Узбекова Н.Р

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы: Артериальная жесткость, известная как предиктор раннего старения сосудов, была определена как основной детерминант сердечно-сосудистых заболеваний. Однако связь между профилем липидов и повышенной жесткостью артерий не ясна.

Цель: заключается в изучении взаимосвязи между профилями липидов и повышенной жесткостью артерий у пациентов с синдромом раннего сосудистого старения.

Материалы и методы: Всего было обследовано 1582 участника, из них 704 (41,8%) мужчины, средний возраст $51,8 \pm 15,2$ года включены в исследование. Пациенты, проживающие в Андижанском районе обратившиеся в по разным были включены в это исследование. Пациенты были разделены на четыре группы в соответствии с квартилями скорости пульсовой волны (СРПВ) (Q1 (<6,3), Q2 (6,3–7,4), Q3 (7,5–8,8), Q4 (>8,8)).

Результаты: Мы обнаружили, что в группе с самой высокой СПВ у пациентов были более высокие показатели систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), глюкозы, азот мочевины крови (АМК), креатинина, экскреция альбумина с мочой (UAE), мочевиная кислота (МК), общий холестерин (ОХ), низкая плотность уровни липопротеинов (ХС-ЛПНП), триглицеридов (ТГ) и липопротеинов невысокой плотности (ХС-ЛПВП). Кроме того, сахарный диабет (СД), возраст, уровни ЛПОНП и ТГ/ЛПВП были обнаружены как независимые факторы риска увеличения СПВ в порядковом логистическом регрессионном анализе.

Заключение: Наше исследование показывает, что параметры липидов сильно коррелируют с увеличением значения СПВ и ранним старением сосудов. В повседневной клинической практике соотношение ТГ/ХС-ЛПВП, известное как индекс атерогенности, может использоваться рутинно для прогнозирования раннего сосудистого старения и субклинический атеросклероз

АССОЦИАЦИЯ СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Бадалбаева Н.М., Узбекова Н.Р., Китьян С.А.



Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы: Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) попрежнему остаются основной причиной заболеваемости и смертности во всем мире. Одним из главных не модифицируемых факторов снижения эластичности сосудов и появления атеросклеротических бляшек является возраст. В ряде исследований выявлено, что у некоторых людей изменения сосудов происходят в более молодом возрасте.

Цель: Определить ассоциацию возраста с артериальным давлением а также вывить гендерные различия артериальной жесткости и индекса аугментации с показателями суточного монитрования артериального давления .

Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 50 пациентов с ЭГ в возрасте от 30 до 60 лет(средний возраст – $45,0 \pm 6,0$). Учитывая прогностическую роль степени ночного снижения АД, все пациенты по результатам суточного монитрования АД были разделены на 3 группы. В первую группу вошли пациенты с СИ 10-20% - «dipper» (n = 60, 11 мужчин 12 женщин, средний возраст – $50,1 \pm 5,5$ лет).). Во вторую группу – с СИ 0 - 10% - «non-dipper» (n = 54, 8 мужчин 7 женщин, средний возраст – $56,1 \pm 6,4$ лет), в третью – с СИ < 0% - «night-peaker» (n = 15, 5 мужчин и 5 женщин, средний возраст – $50,4 \pm 5,3$ лет). Больным провели измерения роста, веса, индекса массы тела (ИМТ), объема талии (ОТ), АД и ЧСС, уровня глюкозы, креатинина сыворотки крови и расчет его почечного клиренса, уровня общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), холестерина липопротеида высокой плотности (ХС-ЛПВП) и триглицеридов (ТГ). Для определения изменений архитектоники стенок крупных сосудов и показателей центрального кровообращения применили метод фотоплетизмографии – аппаратно-программный комплекс «Ангиоскан-01» .

Результат: В группе женщин с эссенциальной гипертензией выявлялась тесная корреляция САД, ДАД и ПАД с уровнем цСАД ($r=0,45$, $p<0,001$; $r=0,25$, $p<0,03$; $r=0,41$, $p<0,001$ соответственно) и SI ($r=0,40$, $p<0,001$; $r=0,25$, $p<0,03$; $r=0,28$, $p<0,02$ соответственно). .нбв1ё тфВ группе мужчин с гипертонической болезнью уровни периферического АД преимущественно коррелировали с АІх. В частности, САД ассоциировалось с показателем АІх75 ($r=0,22$; $p<0,05$), ПАД с АІх75 ($r=0,26$; $p<0,03$), АІх ($r=0,23$; $p<0,05$) и цСАД ($r=0,37$; $p<0,001$). Кроме того, выявилось взаимосвязь ДАД с АІх ($r=0,23$; $p<0,05$).

Заклучение: Таким образом установлено ассоциация параметров артериальной жесткости с суточным профилем АД. Обнаружилось зависимость индекса усиления от степени снижения АД в ночное время у женщин, то же время корреляционной взаимосвязи уровней АД с индексами АІх и RІ в группе женщин, страдающих ЭГ, не выявилось. У мужчин преобладало взаимосвязь с индексом АІх.



ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Бахаваддинова З.М., Арифходжаев А.Т., Ганиев А.Г.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Атопический дерматит (АД) занимает ведущее место в структуре аллергических заболеваний и потому остается актуальной проблемой современной медицины. АД является хроническим аллергическим лихенифицирующим воспалением кожи, возникающим в результате готовности иммунной системы к развитию аллергической реакции, сопровождается кожным зудом и частым инфицированием. Показатель распространенности АД продолжает увеличиваться во всем мире.

Цель исследования. Исследовать клиничко-лабораторные показатели и состояние иммунологической реактивности, иммуномодулирующей и противорецидивный эффекты «Эдем» у детей с младенческой формой атопического дерматита.

Задачи исследования. Сопоставить клиничко-иммунологические показатели у группы больных атопическим дерматитом, получавших комплексную общепринятую терапию, и у группы больных атопическим дерматитом, получавших комплексное лечение в сочетании с «Эдем».

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в период с 2020 по 2022 г. находилось 62 ребёнка (24 мальчика и 38 девочек) в возрасте 12-15 лет со среднетяжёлым течением атопического дерматита (АД). Первая группа больных атопическим дерматитом (31 пациент) получала комплексную общепринятую терапию, вторая группа больных атопическим дерматитом (31 пациент) – комплексное лечение в сочетании с «Эдем». У наблюдаемых детей подросткового возраста с атопическим дерматитом изучали данные анамнеза и общеклинические показатели, проводили клиничко-лабораторные и иммунологические исследования. Обследование больных атопическим дерматитом и все лечебные мероприятия осуществляли с письменного согласия самих пациентов и их родителей.

Результаты исследования. В периоде клинической ремиссии у первой группы больных атопическим дерматитом, получавших комплексную общепринятую терапию констатировалось повышение уровней иммуноглобулина G ($p < 0,001$), иммуноглобулина M ($p < 0,001$), общего иммуноглобулина при отсутствии достоверных сдвигов уровня иммуноглобулина A в сыворотке крови У больных атопическим дерматитом, получавших комплексное лечение в сочетании с препаратом «Эдем», в периоде клинической ремиссии отмечалось повышение уровней иммуноглобулина G ($p < 0,001$) и иммуноглобулина M ($p < 0,02$) при отсутствии статистически достоверных изменений уровней иммуноглобулинов A и E, циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови. На основании результатов исследований можно сделать заключение о диагностической значимости изучения параметров иммунологической реактивности при



тяжёлом течении атопического дерматита у детей раннего возраста и обосновать целесообразность включения «Эдем» в комплексное лечение больных. У больных младенческой формой атопического дерматита, получавших комплексное лечение в сочетании с «Эдем», в периоде клинической ремиссии отмечается нормализация большинства параметров иммунологической реактивности.

Выводы. Проведение больным младенческой формой атопического дерматита комплексного лечения в сочетании с двумя курсами «Эдем» с интервалом между ними в три месяца обеспечивает наступление полной клинической ремиссии, продолжительность которой превышает в семь раз продолжительность клинической ремиссии у больных младенческой формой атопического дерматита, получавших только комплексную общепринятую терапию.

ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОГНОЗУ

Бахавадинова З.М.

Кафедра пропедевтика детской болезни и поликлинической педиатрии
Анжиданский государственный медицинский институт

Актуальность. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) — тяжелое заболевание, которое характеризуется снижением сократительной функции миокарда, обусловленной первичным внутренним дефектом поврежденных кардиомиоцитов, кардиомегалией за счет выраженной дилатации полостей сердца, особенно левого желудочка. Это сопровождается прогрессирующей хронической сердечной недостаточностью, часто рефрактерной к проводимой терапии.

Заболевание характеризуется тяжелым течением, часто приводит к инвалидности и сопряжено с высоким риском смертельного исхода. Заболеваемость ДКМП, по данным различных авторов, значительно различается, что обусловлено, вероятно, различием методических подходов, применяемых методов исследования, отсутствием специфических критериев диагностики.

Цель исследования. Изучить особенности течения ДКМП у детей и причин поздней диагностики в Самарской области.

Материалы и методы исследования. Проводилось ретро- и проспективное исследование 8 детей в возрасте от 1 до 13 лет, наблюдавшихся на базе АОДБ с 2019–2021 гг. У 1 ребенка ДКМП была исходом гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП), у 3 детей — исходом врожденного кардита, у 3 выявлена на фоне сердечной недостаточности, у 1 — диагностирована пренатально.

Результаты исследования. Симптомы сердечной недостаточности были выявлены у всех больных. Но, в случае пренатальной диагностики дилатации только выслушивался



систолический шум, при исходе врожденного кардита в дилатацию обнаружены тромбы в обоих желудочках, при ДКМП вследствие ГКМП отмечался сердечный горб, при случайном выявлении дилатации обращали на себя внимание сердечный горб, нарушение ритма.

Мы отметили, что, несмотря на выраженные эхокардиографические изменения, кардиомегалия по данным рентгенологического исследования отмечалась лишь у трети больных. Мы провели анализ поздней диагностики ДКМП у 2-х пациентов 13 и 8 лет и выяснили, что в амбулаторной карте мальчика 13 лет были электрокардиограммы с реполяризационными нарушениями, снижением вольтажа зубцов и нарушениями ритма. Эти электрокардиограммы не привлекли внимание врачей, и ребенок занимался спортом на протяжении 5 лет, что привело к декомпенсации сердечной деятельности и пересадке сердца. У девочки 8 лет обнаружен сердечный горб, что свидетельствовало о давности процесса.

Вывод. Дети, перенесшие ОРИ и занимающиеся спортом должны проходить ЭКГ и пробу с физической нагрузкой. Изменения на ЭКГ должны служить показанием к проведению ЭхоКГ.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ

Бахавадинова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Обусловлена важностью поиска в подходе к индивидуализированному медико-социальному сопровождению детей, что имеет большое значение в формировании здоровья и реабилитации его нарушений.

Цель исследования.: Выявить особенности заболеваемости детей в зависимости от типа психосоматической конституции.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением было 729 детей в возрасте от 7–17 лет. Распределение по конституциональным типам в младшем, среднем и старшем школьном возрасте выглядело следующим образом: около половины детей были центроверты (54%, 53%, 55%), количество детей, отнесенных к интровертам (22%, 23%, 22%) и экстравертам (24%, 24%, 23%) было вдвое меньшим и составляло примерно по одной четверти.

Результаты исследования. Интровертам чаще были свойственны атопический дерматит, артериальная гипотония, склонность к обморокам, спастическим запорам, гиперацидным гастритам, бронхоспастическим состояниям, низкой массе тела, частым ОРИ с ринитами и фарингитами, неврозу навязчивых состояний, наблюдалось нарушение осанки во фронтальной плоскости и сколиоз I степени, снижение остроты зрения,



аллергический ринит. Наименьшая устойчивость к респираторным заболеваниям интровертов коррелировала с менее стабильным состоянием нейроиммунной системы (увеличенное число эозинофилов и лимфоцитов и уменьшенное лейкоцитов в ОАК) и быстрым и частым возникновением ее дисбаланса при стрессовых ситуациях. У экстравертов чаще встречались артериальная гипертензия, склонность к атоническим запорам, энурез, гипертензионно-гидроцефальный синдром, сколиозы в сагиттальной плоскости, гипертрофия небных миндалин. У центровертов часто отмечались склонность к ожирению, плоскостопие, обусловленное избыточным весом и сниженным мышечным тонусом нижних конечностей.

Вывод. Структура нарушений здоровья и особенности их течения у детей разных типов имеют различия, сочетающиеся с особенностями состояния их регуляторных механизмов и гомеостатических систем, т. е. конституционально детерминированы.

ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПЕРВИЧНОЙ (ИДИОПАТИЧЕСКОЙ) ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Бахрамов С.Т., Ходжибеков М.Х.

Андижанский государственный медицинский институт, Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы. Идиопатическая легочная артериальная гипертензия является подтипом легочной артериальной гипертензии без установленной причины. На протяжении многих лет «золотым стандартом» предоперационной диагностики легочной гипертензии являются вентиляционно-перфузионная скintiграфия и легочная ангиография, но сейчас в диагностику данного заболевания значительный вклад вносят несколько неинвазивных методов визуализации, такие как, рентгенография грудной клетки, эхокардиография (Эхо-КГ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), а также, в меньшей степени, магнитно-резонансная томография (МРТ). Эхокардиография преимущественно используется для подтверждения наличия легочной гипертензии и определения возможных кардиальных причин ее возникновения.

Цель исследования. Совершенствование диагностики первичной (идиопатической) легочной гипертензии, путем использования неинвазивного метода – эхокардиографии.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 136 пациентов с идиопатической легочной гипертензией. Все пациенты, госпитализировались и/или амбулаторно обследовались в отделениях Андижанского и Наманганского филиалах РСНПМЦК каждые 6 мес., для оценки динамики состояния. Трансторакальная ЭхоКГ проводилась на ультразвуковом аппарате «Esaote My Lab X6» с использованием секторных датчиков с частотой 2,5-5,5 мГц. Исследование проводили по стандартному



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



протоколу в 2D режиме в трех проекциях: субкостальный и супрастернальный, парастернальный и апикальный доступы. Срезы во всех доступах лоцировали в длинной и короткой осях. Регистрация изображения проводилась с определением конечно-диастолического размера (КДР) левого желудочка (ЛЖ) (норма 2-4см), продольного и поперечного размеров правого предсердия (ПП), передне-заднего размера (ПЗР) ПЖ (норма < 2,9 см), толщины передней стенки ПЖ (норма < 0,5см), диаметра ствола и ветвей ЛА. В импульсном режиме при доплерэхокардиографии (ДЭхоКГ) проводилось вычисление степеней клапанных регургитаций, уровня систолического давления в ЛА (СДЛА) при помощи модифицированного уравнения Бернулли.

Результаты исследования. Некоторые анатомические особенности затрудняют детальное исследование ПЖ, особенно при использовании двумерной (2D) эхокардиографии. В частности, определение границ ПЖ было затруднено из-за сильно трабекулярной структуры миокарда, а доступные окна изображения были ограничены из-за ретростернального положения. У пациентов с ИЛГ давление в правом желудочке увеличивается, вызывая уплощение межжелудочковой перегородки в систолу, когда давление в обоих желудочках начинает сходиться. В конце концов, когда ПЖ становится сильно нагруженным давлением, перегородка может даже выпячиваться в полость ЛЖ. Эти изменения также влияли как на систолическую, так и на диастолическую функцию ЛЖ. Другим изменением, наблюдаемым в ПЖ при ИЛГ, являлась ремоделирование желудочка, которое представлялось как результатом хронической прогрессирующей нагрузки. Первоначально это происходило в форме гипертрофии, а затем в виде дилатации. Ремоделирование приводило к прогрессирующему нарушению сократимости, низкому сердечному выбросу и, в конечном счете, к недостаточности правого желудочка. Дилатация правого желудочка также приводило к расширению трикуспидального кольца и к значительной регургитации трикуспидального клапана.

Когда это сочетается со снижением систолической дисфункции правого желудочка и увеличением постнагрузки, то приводило к дальнейшему уменьшению ударного объема в малом круге кровообращения и, как следствие, снижению сердечного выброса. Дополнительная объемная нагрузка вследствие трикуспидальной регургитации привело к ухудшению диастолической функции ПЖ, повышению конечно-диастолического давления в ПЖ и сместить МЖП. Прогрессирующее ухудшение функции ПЖ является определяющим фактором переносимости физической нагрузки, симптомов и прогноза, поэтому оценка функции ПЖ является ключевым компонентом обследования пациента с ИЛГ.

Выводы. Таким образом, подробная эхокардиографическая оценка пациентов с ИЛГ позволяет собрать нужную диагностическую информацию, также проводить оценку тяжести дисфункции правого желудочка и как неинвазивный метод применять для мониторинга прогрессирования заболевания на проводимую терапию.



ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ

Бежимбетов К.Н., Абзалова М.Я., Ахмедов Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В основе развития мужского бесплодия лежат различные факторы, такие как анатомические, физиологические, иммунологические и психологические. Среди заболеваний, предрасполагающих к развитию мужского бесплодия, первое место занимает варикоцеле (в более 30% случаев). Благодаря внедрению новых методов малоинвазивных исследований, таких как ультразвуковое исследование (УЗИ) с доплерографией, значительно расширились возможности изучения сосудов, участвующих в дренировании лозовидного сплетения.

Цель исследования. Совершенствование диагностики варикоцеле у подростков путём использования мультипараметрической эхографии.

Материал и методы. В основу настоящей работы положен анализ результатов ультразвукового исследования 65 подростков, проходивших обследование и лечение в клинике ТашПМИ и ООО "EXPERT MEDICAL" с 2019 по 2022 гг. на ультразвуковых аппаратах SONOSCAPE S 22, Aplio 500 и Samsung HS70A.

Результаты исследования. При варикоцеле диаметр яичковой вены увеличивался до 3-4 мм, определялся непродолжительный рефлюкс (до 3 с) при пробе Вальсальве. Дальнейшее увеличение параметров рефлюкса и диаметра вен соответствовала более выраженным стадиям патологического процесса, таким как, резкое увеличение диаметра вен свидетельствовало о реносперматическом венозном рефлюксе, характерным для I типа варикоцеле. Начальное увеличение диаметра вен в ортостазе с компенсацией на 10% и отсутствие его нарастания после устранения пальцевого сдавления свидетельствовало в пользу или осперматического рефлюкса, характерного для II типа варикоцеле. Незначительное увеличение диаметра вен при компрессии в ортостазе и прогрессивное увеличение диаметра вен после устранения пальцевого сдавления более чем в два раза указывало на реносперматический и/или осперматические рефлюксы, что было характерно для III смешанного типа варикоцеле. Выполнение исследования по данной методике позволял в большинстве случаев предположить гемодинамически тип варикоцеле, выявить признаки почечной веной гипертензии и определить субклинические формы заболевания, трудно диагностируемые при пальпации. Ультразвуковое сравнение диаметра вен при выполнении пробы Вальсальве и приема Иванисевича (на фоне компрессии и после ее прекращения) помогал выявить дифференциальные признаки варикоцеле у подростков.

Выводы. Исследования показали, что в зависимости от возраста подростка необходимы тактические и методологические подходы мультипараметрической эхографии, которая является диагностическим методом выбора



для диагностики варикоцеле, и послеоперационных осмотров, благодаря ее широкой доступностью, высокой повторяемостью, низкой стоимостью, и отсутствием побочных действий.

ПРИМЕНЕНИЕ ДУПЛЕКСНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ

Бекимбетов К.Н., Турдиев Ф.Э., Ахралов Ш.Ф.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Варикоцеле является патологией, поражающей 15% мужского населения и этот процент, возрастает с каждым годом (Schwarze V, Marschner C, Rübenthaler J, et al., 2020).

Варикоцеле определяется как аномальное расширение сосцевидного сплетения с рефлюксом венозного кровотока (> 2-3 мм в диаметре), вызванное недостаточностью или отсутствием клапанов, однако, в более взрослом возрасте, это может быть связано с несколькими состояниями, такие как, гидронефроз, цирроз печени, включая опухолевое образование, сдавливающую семенные вены, поэтому следует провести обследование для исключения вторичного варикоцеле.

Цель исследования. Совершенствование диагностики варикоцеле у подростков путём использования мультипараметрической эхографии.

Материалы и методы исследования. Нами было обследованы 50 подростков в возрасте от 10 до 18 лет. Исследования проводились в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института, на ультразвуковом аппарате «Aplio 500» с применением линейного датчика 5-7,5 МГц.

Результаты исследования. Из 50 подростков I- степень варикоцеле выявили у 22 (44,0%) больных, который характеризовался извилистыми, тубулярными, анэхогенными структурами рядом с яичками соответствующее расширенным венам гроздьевидного сплетения с калибром 2-3 мм при пробе Вальсальвы в серошкальном режиме. При ЦДК отмечали рефлюкс в сосудах пахового канала, который наблюдался только при пробе Вальсальвы, отсутствие варикозного изменения вен при стандартном исследовании. А у 23 (46,0%) подростков отметили II степень варикоцеле, характеризующее при ЦДК маленькими варикозно измененными венами с рефлюксом только при пробе Вальсальвы, данный признак отличался значительным прогрессом слева с венозным расширением как в положении стоя, так и в положении лежа. У 5 (10%) подростков отметили III степень варикоцеле визуализирующее асимметрией, уменьшением семенника при ЦДК отмечалось явное расширение и удлинение сосудов с рефлюксом в покое и не увеличивался при пробе Вальсальвы.

Выводы. Таким образом, дуплексная эхография, является диагностическим методом выбора для диагностики варикоцеле, и послеоперационных



осмотров, благодаря ее широкой доступности, низкой стоимости и отсутствия побочных эффектов.

ОСОБЕННОСТИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТАТОМ И ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ

Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З., Юнусов М.И., Тургунбоев А.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. В настоящее время на долю паховых грыж приходится 70 – 80 % от общего числа грыж. По данным ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения) паховыми грыжами страдает около 3 – 6 % населения, среди которых у лиц мужского пола данное заболевание встречается в 6-7 % случаев, у лиц женского пола в 2,5 % случаев. Страдают преимущественно лица трудоспособного возраста. Несмотря на внедрение ненатяжных методов пластики, а также использование синтетических пластических материалов, тенденции к уменьшению рецидивов не наблюдается. На современном этапе развития медицины резко возросли требования и к качеству жизни пациента в послеоперационном периоде. К основным параметрам этого показателя можно отнести: ощущение имплантата в области операции, интенсивность боли в раннем и позднем послеоперационном периодах. На эти показатели влияет не только техника выполнения операции, но и тип оперативного пособия, используемые способы фиксации имплантата и материал, из которого имплантат сделан.

Цель исследования: Улучшить **Результаты** хирургического лечения паховых грыж путем дифференцированного подхода к выбору метода оперативного вмешательства и совершенствования способов пластики пахового канала.

Материал и методы. Мы проанализировали ближайшие **Результаты** лечения 87 пациентов, по поводу паховых находившихся на лечении в клинике в период 2019-2022 годов.

В соответствии с **Целью** исследования больные были разделены на 2 группы. В группу сравнения - 48 (55,2%) пациентов в период с 2017 по 2019 гг., которым выполнена только герниопластика по стандартной традиционной методике (применены Мартынов, Жирар, Бассини, Постемского, Шоулдайс) и применены стандартные лечебно-диагностические методы.

В основную группу включено 39 (44,8%) больных оперированных в период с 2020 по 2022 гг. с применением полипропиленового и полиэстерного имплантата Parietene™ ProGrip™ и выполнением разработанных и усовершенствованных методик лечения (при которой синтетический протез размещался в позициях «on lay», «sub lay» и с помощью эндовидеохирургии TAPP (трансабдоминальная преперитонеальная пластика (TAPP - Trans Abdominal Pre-Peritoneal) – пластика грыжевых ворот паховых грыж сетчатым



эндопротезом с фиксацией последнего с помощью герниостеплера Protack 5,0 титановыми спиралеобразными клипсами).

Все 87 пациентов подвергнуты оперативному вмешательству. У части из них (21 человек, 17,8 %) потребовалась предоперационная подготовка в связи с большими размерами грыж .У этих пациентов накануне операции производилась перидуральная анестезия. При выборе способа герниопластики с использованием собственных тка-ней следует учитывать в первую очередь размеры дефекта апоневроза, являю-щегося грыжевыми воротами, а не грыжевого выпячивания. При этом руковод-ствовались следующими принципами выполнения оперативного вмеша-тельства: минимальная травматичность, максимальная простота и доступность, не-значительная дезорганизация слоев брюшной стенки. Учитывалось состояние тканей, так как наличие рубцовых деформаций, атрофической дегенерации мышц, апоневроза и фасций ведет к нарушению питания, еще большей дегене-рации, возникновению натяжения, не обладающего эластичностью, и, следова-тельно, ведет к послеоперационной неудаче.

Результаты исследования. В группе сравнения 27 пациентов (56,2%) указывали на боли в области стояния эндопротеза с иррадиацией в мошонку или медиальную поверхность бедра в течение 6 месяцев, а у 3 пациентов болевой синдром сохранялся до года. Это потребовало назначения дополнительного лечения (курсовое назначение витаминов группы В, физиотерапии, нестероидных противовоспалительных препаратов) с положительным эффектом. Подобные проявления расценены как невралгия, связанная с периневральной воспалительной реакцией. В основной группе таких пациентов не было. Таким образом, аллогерниопластика с использованием имплантатов Parietene™ ProGrip™ и Parietex™ ProGrip™ позволяет снизить частоту возникновения пахово-генитальных невралгий вплоть до нулевого уровня.

У 7 (14,8%) группы сравнения появление рецидива паховой грыжи отмечено через год после операции, и связано с длительными воспалительными изменениями в зоне фиксации сетчатого имплантата, лигатурными свищами и неоднократными операциями по иссечению лигатурных свищей. В 3 случаях (6,2) мы наблюдали медиальный рецидив грыжи, т.е. отхождение медиального края сетки в месте ее фиксации к связке Купера.

Нагноение раны - у 5 (6,2%) в группе сравнения, в основной группе лишь у 1 (2,5%) больного наблюдали инфильтрат, проведенное консервативное лечение с соблюдением всех правил и принципов гнойной хирургии привело к заживлению ран. Образование сером, потребовавших пункций под контролем УЗИ, наблюдалось у 8 больных (16,6%) группы сравнения и у 1 (2,5%) больных основной группы. Успешными мы считали операции прошедшие без осложнений и рецидивов

Выводы: Таким образом, материал имплантата влияет значимым образом на изменение **Результаты** операции в послеоперационном периоде. Причинами рецидивов паховых грыж при герниопластике со стандартными имплантатами являются технические ошибки, связанные с недостаточно надежной фиксацией имплантата к структурам паховой области, а также гнойно-воспалительные осложнения в



раннем послеоперационном периоде, возможно, связанные с иммунной реакцией организма на материал, фиксирующий сетчатый имплантат. Наиболее приемлемым может быть усовершенствованный нами способ пластики.

ПОКАЗАНИЯ К КОЛОСТОМИИ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ

Бозоров Ш.Т., Гфуров А.А., Тождидинов Ш.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт,

Аннотация: В основу работы положены **Результаты** лечения 154 детей с аноректальной мальформацией, с предварительной колостомией за период с 2015 по 2022 годы. У 154 (97,4%) детей сформированы колостомы, как паллиативный этап лечения. Применение колостомии у детей с аноректальной мальформацией, с учётом сопутствующих им пороков и аномалий развития со стороны других органов и систем, позволило своевременно и дифференцировано провести необходимую лечебную тактику.

Актуальность проблемы. По данным Всемирной организации здравоохранения аноректальные мальформации (АРМ) превышает 7%, которые включают широкий спектр врожденных аномалий, затрагивающих анус, прямую кишку, урогенитальный тракт [9]. АРМ встречается с частотой от 1:9000 до 1:2000 случаев в год [4, 6]. Проблемы диагностики и лечения АРМ обусловлены не только сложностью эмбриогенеза данной области, но и вариабельностью различных форм порока. Так, по данным различных авторов высокие формы АРМ могут от 20 до 55%, промежуточные – от 0 до 54% - низкие от 18 до 62% [7, 8]. Перечисленные особенности АРМ затрудняют выбор тактики и этапность хирургического лечения, под которыми подразумевается осуществление коррекции порока с или без защитной колостомии.

Мировой практике настоящее время озаменованы возможностью коррекции аноректальных пороков без использования защитной колостомы. Однако, нельзя согласиться с повсеместным тиражированием операций без стом, поскольку это повышает риск осложнений, таких как несостоятельность колоректальных, колоанальных анастомозов и их стенозирование, ретракции низведенных петель кишки, формирование параректальных абсцессов и свищей, рецидивы ректоуретральных и ректовагинальных соустьев [1, 2, 3, 5]. Несмотря на столь длительное изучение проблемы, до сих пор остается большое количество вопросов и разногласий между хирургами о методах обследования, оптимальных сроках и методах коррекции пороков, тактике послеоперационного лечения и реабилитации.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения аноректальных мальформаций у детей с предварительной колостомией.



Материал и методы В основу работы положены **Результаты** лечения 154 детей с аноректальной мальформацией, с предварительной колостомией за период с 2015 по 2022 годы. Всем детям до предварительного стомирования наряду с рутинными и общеклиническими методами обследования проводились: обзорная рентгенография брюшной полости, фистулоирригография, экскреторная урография, цистография, УЗИ промежности (малого таза), нейросонография (НСГ), скрининг-тесты для выявления сопутствующих аномалий головного, спинного мозга и мочевыделительной системы.

Результаты и обсуждение. Выжидательная тактика при аноректальной мальформациях оказалась необходимой при атрезии пищевода, выраженном неврологическом статусе (гидро-микроцефалия, органические поражения спинного мозга) и тяжелых пороках развития мочеполового тракта (мегауретер, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, гидронефроз) и сердечно-сосудистой системы (тетрада Фалло, кардиодилатационная миопатия) и т.д. У 154 (97,4%) детей сформированы колостомы, как паллиативный этап лечения. Выполнение одномоментного первично-радикального хирургического вмешательства по поводу аноректальной мальформации отложено. Причиной этого явились вышеизложенные противопоказания связанные с «клиническим доминированием» сопутствующих ассоциаций в виде аномалий и пороков развития других органов и систем, что повысило риск проведения операции и требовало выжидательную тактику. Из них у 117(76%) детей колостомы сформированы на первые сутки жизни, чаще в перинатальных центрах и клиниках по месту жительства, при развитии явлений кишечной непроходимости у 7(6%) пациентов предварительные колостомы сформированы при вестибулярной, у 17(14,5%) ректовагинальной, у 15(12,8%) ректоуретральной и у 10(9%) ректовезикальной фистулах. В 52(44,4%) случаях при атрезиях без фистулы, 5(4,3%) клоаке, 2(1,7%) атрезии прямой кишки, 2(1,7%) ректальном мешке, 4(3,4%) VACTERL-ассоциации, 3(2,6%) атрезии толстой кишки. Правосторонние колостомы были наложены у 38 (32,5%) пациентов: из них по Гирдаладзе 11(9,4%), подвесные 15(12,8%), цекостомы 12(10,3%). Левосторонние колостомы были наложены у 24 (67,5%) пациентов: подвесные 25(21,4%), Двойная сигмостома 8(6,8%), Дистальная одноствольная сигмостома 46(39,3%).

У 37 (24%) детей формирование колостом (илестом) выполнено непосредственно нами. Из них 9 (5,8%) детям как первый этап до первично-радикальной коррекции при высокой форме порока и 10 (6,5%) детям ранее оперированным и требовавшими повторно-корректирующих операций, 5 (3,2%) пациентам колостомы наложены после развития осложнений в раннем послеоперационном периоде, в 13 (8,5%) случаях колостомы сформированы при выявленных сопутствующих аномалиях и пороках, которые клинически «доминировали» над аноректальной мальформацией. У 2(5,4%) наложены двойная сигмостома, у 2(5,4%) дистальная одноствольная сигмостома, у 5(13,5%) терминальная сигмостома по типу Гартмана (правилом гофрирования).

Заключение. Применение колостомии у детей с аноректальной мальформацией, с учётом сопутствующих им пороков и аномалий развития со стороны других органов и



систем, позволило своевременно и дифференцировано провести необходимую лечебную тактику, уменьшить частоту, характер осложнений и раннюю инвалидизацию, а также качество жизни и социальную адаптацию пациентов.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ИНДЕКС ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Бойкузиева М.Б.

Андижанский Государственный Медицинский Институт

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

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

Результаты. По полученным нами данным можно отметить, что дети, родившиеся от беременности, протекавшей с токсокозом во II половине, на фоне анемии, бактериальных и вирусных заболеваний, рождённые с применением инструментальных вмешательств, а также оценка по шкале Апгар при рождении ниже 7 баллов, были более ослабленными и все эти факторы оказывали влияние на заболеваемость ребёнка на первом году жизни.

Результаты исследования также показали, что на первом году жизни среди неболевших детей чаще были дети от матерей в возрасте 18-25 лет, имевших среднее образование. Матери с высшим образованием, имея более высокую санитарную культуру, чаще обращаются к врачам по поводу незначительного заболевания, что определённым образом влияет на показатель индекса здоровья, приводя его к снижению.

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



РОЛЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ

Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Усманова Я.Г., Садикова Д.Т.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность: Постоянные эмоциональные переживания, умственное напряжение, статистические нагрузки, - отрицательные профессиональные факторы, из-за которых медиков часто ошибочно воспринимают как офисных сотрудников.

Результаты недавнего медосмотра среди врачей города Андижана утверждают: только 1% из них – в полнее здоровы. Это один врач из сотни. Вот перечень угроз, которые ждут их ежедневно, еженочно, в выходные и праздники: 1. Стресс; 2. Болезни сердца и сосудов; 3. Инфекционные заболевания; 4. Другие профессиональные болезни.

Цель работы: Изучение отношение врачей к собственному здоровью.

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

Результаты: Среди 58 опрошенных, 22 врача (38%) были женщины, в возрасте от 38 до 52 лет, и 36 врачей (62%) – мужчины, в возрасте от 25 до 57 лет. Средний стаж работы составил от 2 лет до 31 года. Анализ полученных данных показал, что 67% (39 врачей) никогда не уделяют времени физической активности или делают это крайне редко. 59% респондентов (34 врача) не соблюдают режим труда, отдыха и сна. Исследование выявило, что 67% - 39 человек из числа работающих в поликлинике врачей, не знают свои уровни холестерина и сахара крови. Только 42% (24 врача), принявших участие в анкетировании, признались, что имеют вредные привычки, из которых 28% (16 врачей), отметили, что курят сигареты, а 14% (8 докторов) признались, что принимают алкоголь. По результатам опроса, стараются питаться рационально 38% (22 врача), а 62% (36 докторов) либо никогда не придают значения степени полезности принимаемой пищи, либо делают это очень редко. Для купирования психо-эмоционального стресса 16% врачей (9 врачей) принимают антидепрессанты, а 17% (10) врачей, признались, что принимают алкоголь.

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



ОЦЕНКА ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА РОСТА И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОГО ВРАЧЕБНОГО ПУНКТА

Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Акбарова Г.Х., Рахматова М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

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

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

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

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



проводят работу с родителями в семье, не предоставляют необходимую информацию о росте и развитии детей. Врачи не контролируют работу медсестер, грамотность заполнения и ведения медицинской документации в СВП.

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

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

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

ВЫЯВЛЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА МЕТОДОМ АНКЕТИРОВАНИЯ СРЕДИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Абдуллаев Ж.У.
Андижанский Госсударственный медицинский институт

Цель: Выявление с помощью анкетирования заболеваемости СД среди пожилых людей в сельских районах.

Материал и методы. Распространенность СД среди пожилых людей (60-74 лет) проводили опросным методом путем заполнения анкет, включающих в себя сведения о его наиболее распространенных признаках, а также данные о возрасте, социальном положении, среднемесечном доходе и среднемесечных затратах на лечение. Исследованием были охвачены случайной выборкой 120 пожилых людей, в том числе 72 мужского и 48 женского пола, проживающих в районах Андижанского, Альтинкульского и Булакбашинского района Андижанской области.

Результаты. Установлено, что из 120 пожилых людей страдают СД 2 типа и находятся под наблюдением медицинских учреждений 18 человек, в том числе 12 женщин и 6 мужчин. То есть распространенность СД среди пожилых людей составила 15%, среди женщин 25 % и среди мужчин 8,3 %. Среди 102 пожилых людей признаки СД 2 типа выявлены у 36 пожилых людей (35%), в том числе у 25 (27,4%) женщин и 11 (14,2%) мужчин. После проведения медицинского обследования и исследований уровня сахара в крови впервые в жизни был поставлен диагноз СД 2 типа 17 (18,6%) женщинам и 6 (7,7%) мужчинам. В результате чего распространенность СД среди пожилых людей в целом возросла до 34,1%, в том числе среди женщин до 60,34% и среди мужчин до 23,6%.



Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности методов анкетирования по выявлению СД среди сельского населения, что позволит принять решение в отношении повышения борьбы с этим заболеванием.

ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПРОЛИФЕРАЦИЮ КРОВЕТВОРНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Борецкая А.С.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Цель работы. Изучение влияния растительных препаратов на пролиферацию эндогенных кроветворных стволовых клеток.

Материалы и методы исследования. В данной серии исследований было изучено влияние растительных препаратов на пролиферацию эндогенных кроветворных стволовых клеток. Установлено, что эндогенные колонии, образующиеся в селезёнке сублетально облученных мышей, имеют местное, селезёночное происхождение (Хаитов Р.М., Арипова Т.У., 1977). Следовательно, данная модель позволять изучать эффект различных препаратов растительного происхождения на резидентский пул селезёночных стволовых клеток.

Полученные

Результаты и обсуждения. Установлено, что у мышей контрольной группы, не получавших препараты растительного происхождения, на поверхности селезёнки формируется в среднем $1,3 \pm 0,8$ макроколоний.

Введение облученным животным детоксиомы и настой чая Doctor Ali 1 приводит недостоверному увеличению числа колоний в 1,4 раза ($1,8 \pm 0,9$ и $1,8 \pm 0,5$). Инъекция растительных препаратов детоксиомы и имбирь по сравнению с контролем статистически недостоверно повышается в 1,8 и 1,6 раза соответственно. Максимальный стимулирующий эффект на процесс колониеобразования зарегистрирован при введении Бальзам Гулзор и бальзам Gulzor 17- Doctor Ali 6 "Hepar Neo": число макроколоний составляют в среднем в 2,2 и 2,8 раза соответственно ($2,9 \pm 0,7$ и $3,7 \pm 0,4$).

Выводы. На основании полученных данных можно сделать **Вывод** о том, что растительные препараты обладают свойством стимулировать процессы пролиферации эндогенных кроветворных селезёночных клеток. Максимальный стимулирующий эффект наблюдается при **Введение** препаратов Бальзам Гулзор и бальзам Gulzor 17- Doctor Ali 6 "Hepar Neo".



АНАЛИЗ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПРИ ПОСТОНОВКЕ ДИАГНОЗА ДИССИМИНИРОВАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

БОТИРОВ А.К. БОЗОРОВ Н.Э ОТАКУЗИЕВ А.З. АБДУЛХАЕВА Б.Х.

Анджжанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность. Гидатиды в печени или в костях более реактивны, чем таковые в лёгких, мозге и в селезёнке. Диагностика диссеминированного, особенно ранняя, нередко представляет значительную трудность. Дифференцировать эхинококкоз чаще всего приходится с новообразованиями соответствующих органов. Решающая роль принадлежит иммунологическим методам. В последнее время для диагностики эхинококкоза широко применяют реакцию связывания комплимента, непрямую гемагглютинацию, иммунофлуоресцентный анализ и ИФА. Чувствительность различных серологических тестов в среднем варьирует от 60 до 95 %

Цель исследования. Роль иммунологических данных для ранней и достоверной диагностики при диссеминированном эхинококкозе органов брюшной полости.

Материал и методы. Иммунологическая диагностика осуществлялась реакцией непрямой гемагглютинации (РНГА), иммуноферментным анализом (ИФА). Серологическая диагностика больных ДЭ была основана на выявлении антител (IgG) в сыворотке крови инвазированных, являющихся специфическими маркерами паразитарного заражения. У больных ДЭ, в дооперационном периоде иммуноглобулины IgG практически во всех наблюдениях были повышенными. Повышение иммуноглобулинов крови объяснялось тем, что при контакте человека с возбудителем эхинококкоза, его иммунная система реагирует, вырабатывая антитела IgG. Иммуноглобулины класса G к эхинококкам в определяемых количествах появляются в крови через 6-8 недель с момента инфицирования. Концентрация их нарастает и через 2-3 месяца достигает максимума, на котором сохраняется в течение продолжительного времени.

Результаты и обсуждение. Иммунологические методы серологической диагностики проведены в контрольной группе - у 10 (19,6%) больных и в основной - у 29 (80,5%), которая была основана на выявлении антител (IgG) в сыворотке крови инвазированных, являющихся специфическими маркерами паразитарного заражения. Контроль эффективности терапии проводился через 2-3 месяца после окончания лечения. Отрицательный результат исследования указывал на отсутствие IgG-антител к антигенам эхинококка пациента и в большинстве случаев об отсутствии рецидива. Повторные тесты на антитела, проведенные через несколько месяцев, позволяли оценить эффективность проводимого лечения - о его успешности свидетельствовали о снижении уровня IgG к эхинококку.



Вывод. Комплексный подход в диагностике диссеминированного эхинококкоза позволяют выявить эхинококковые кисты различной локализации, и получить достоверную информацию для определения лечебной тактики уменьшая частоту послеоперационных осложнений.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ МАГНИТНО РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ

БОТИРОВ А.К. БОЗОРОВ Н.Э ОТАКУЗИЕВ А.З. АБДУЛХАЕВА Б.Х.
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность : Диссеминированный эхинококк — редкая и потенциально опасная для жизни паразитарная инфекция, вызываемая личинками ленточного червя *Echinococcus granulosus*. Заболевание может поражать несколько органов и тканей, приводя к ряду клинических проявлений и осложнений. Компьютерная томография (КТ) и МСКТ в диагностике диссеминированного эхинококкоза позволяет установить характер патологии, внутриоргannую локализацию очага, взаимоотношения очага с внутрпеченочными структурами и соседними органами.

Материалы и методы . КТ проводили на аппарате «Phillips Tomoskan CXQ» с шагом томографического среза 5 мм при пошаговом способе и на спиральном 16-срезовом компьютерном томографе «GE Light Speed 16». По томограммам оценивали размеры, форму, количество, денситометрическую плотность эхинококковых кист. Брюшную полость исследовали от мечевидного отростка до крыльев подвздошных костей. Компьютерная томография (КТ) и МСКТ в диагностике диссеминированного эхинококкоза. Компьютерная томография печени при очаговых заболеваниях различного генеза позволяет установить характер патологии, внутриоргannую локализацию очага, взаимоотношения очага с внутрпеченочными структурами и соседними органами.

Результаты. Компьютерная томография проведена у всех 36 больных основной группы с достоверностью диагноза 94,7%. Анализ результатов исследований показал, что КТ позволяют выявить характер патологии, уточнить топическую локализацию кист в сегментах печени и структурные изменения паренхимы, а также диагностированные при УЗИ.

Кроме того, метод позволяет определить состояние жизнедеятельности паразита. Кисты с живым паразитом представляются в виде округлых образований с четкими и ровными контурами.

Включение КТ в обследование пациентов считаем основным в диагностике ДЭ, а в случаях выявления на УЗИ кист печени неясного генеза и особенно при обследовании пациентов на дооперационном этапе сочетание с КТ позволяло выявить морфологические



особенности и определить варианты развития паразита, что определяет выбор типа и объема оперативного вмешательства.

Вывод. Таким образом, с **Целью** рационального использования существующих методов диагностики эхинококкоза на основе анализа их информативности разработан алгоритм диагностики. Установлено, что сочетание 3 или 2 высокоинформативных диагностических тестов более целесообразно и экономичнее, чем последовательное использование диагностических методов по нарастающей сложности.

ПРОФИЛАКТИКА РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Брюханова О.А., Ахмадеева Э.Н., Ильина А.А., Ахмадеева Л.Р.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Врожденные пороки развития (ВПР) и хромосомные нарушения остаются серьезной медицинской и социальной проблемой. Данная патология вносит значительный вклад в показатели младенческой, детской смертности, инвалидности среди детей.

Цель исследования – оценка эффективности программы пренатальной диагностики в Республике Башкортостан.

В исследовании использованы данные из официальных сборников «Службы охраны здоровья матери и ребенка Республики Башкортостан» за 2011-2021 годы.

В настоящее время в Российской Федерации внедрена и успешно используется программа пренатальной диагностики. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. №1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» на сроках 11-14 и 19-21 неделя беременным женщинам проводится оценка антенатального развития плода: рост плода, риск преждевременных родов, ВПР и хромосомных аномалий. Пренатальная диагностика включает ультразвуковое исследование (УЗИ) на сроках 11-14 недель гестации и определение материнских сывороточных маркеров в крови (связанного с беременностью плазменного протеина, хорионического гонадотропина), на основании которых производится комплексный программный расчет индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией, УЗИ на сроках 19-21 неделя гестации.

В Республике Башкортостан пренатальная диагностика проводится в межрайонных кабинетах пренатальной диагностики нарушений развития плода (МКПД), организованных на базе родовспомогательных учреждений второго и третьего уровней. Обязательным требованием к врачу ультразвуковой диагностики является прохождение повышения квалификации и наличие допуска на проведение скринингового УЗИ беременных. Подтверждающая ультразвуковая диагностика (верификация ВПР)



проводится в Республиканском медико-генетическом центре (РМГЦ). На базе РМГЦ работает перинатальный консилиум Республики Башкортостан, задачей которого является определение тактики ведения беременной женщины при выявлении врожденных нарушений развития плода. С 2018 года заседания перинатального консилиума проводятся с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени.

В Республике Башкортостан УЗИ во время беременности в 2021 году прошли 94,5% женщин: в сроке 11-14 недель – 95,0%, в сроке 19-21 неделя -94,0%. Среди антенатально выявленных ВПР: 22,3% врожденные пороки сердца и крупных сосудов, 19,4% пороки развития почек и моче **Выводящих** путей, 13,8 % пороки развития желудочно-кишечного тракта, 9,1% пороки развития центральной нервной системы, 7,6% множественные врожденные пороки развития, 7,4% пороки развития костно-мышечной системы, 5,9% расщелина губы и неба, 14,5% другие пороки развития

Программа пренатальной диагностики показала высокую эффективность. За последние десять лет в Республике Башкортостан более чем в два раза снизился удельный вес ВПР и хромосомных нарушений в структуре младенческой смертности (29,4% в 2011 году, 14,1% в 2021 году). Младенческая смертность от ВПР и хромосомных нарушений в 2011 году составила 19,1 на 10000 родившихся живыми, в 2021 году - 7,9 на 10000 родившихся живыми.

Антенатальная диагностика существенно снижает число детей рождающихся с тяжелыми, порой несовместимыми с жизнью, пороками развития. Своевременное решение вопроса о перспективах пролонгирования беременности при выявлении ВПР позволяет значительно снизить показатели младенческой, детской смертности, инвалидности среди детей.

ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ

Булякова Г.А.1,2, Ахмадеева Л.Р.2,3

1ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Уфа, Россия, 2Академия Наук Республики Башкортостан, г.Уфа, Россия

Актуальность: Выявление и профилактика когнитивных нарушений у пациентов вследствие острых нарушений мозгового кровообращения является актуальной проблемой клинической неврологии и реабилитации. Важность данной проблемы связана, прежде всего, со значительной распространенностью данной патологии - у более чем 50% пациентов, перенесших церебральный инсульт, развиваются



когнитивные нарушения, и у 6-32% пациентов они достигают степени деменции. Патогенез когнитивных, в том числе постинсультных, нарушений сложен и включает в себя как сосудистые механизмы, так и процессы нейродегенерации в церебральных, прежде всего корковых структурах. Когнитивные нарушения у пациентов, перенесших инсульт, негативно влияют на продолжительность и качество жизни. Смертность в течение первого года после инсульта у пациентов с постинсультной деменцией достоверно выше, чем у пациентов без деменции. При этом отрицательное влияние постинсультной деменции является самостоятельным явлением и не зависит от таких факторов, как сопутствующая соматическая патология или возраст. У пациентов с постинсультной деменцией также выше риск возникновения повторного инсульта, что связано со сложностью проведения вторичной профилактики у этой группы пациентов. По некоторым источникам, восстановление нарушенных двигательных функций у пациентов с более выраженными когнитивными нарушениями протекает медленнее и результат менее эффективен.

Цель: Исследовать когнитивные и эмоциональные нарушения у пациентов в раннем восстановительном периоде острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в виде ишемического церебрального инсульта.

Материал и методы: 60 пациентов, перенесшие ишемический инсульт (ИИ), поступившие в его раннем восстановительном периоде (от 28 сут до 6 месяцев) в стационарное нейрореабилитационное отделение в г.Уфа. Из них — 28 женщин и 42 мужчин. Средний возраст — 63 года. Локализация ИИ в левой каротидной системе была у 26 (43,3%) обследованных, в правой — у 23 (38,3%), в вертебробазиллярной системе — у 11 (18,4%) человек. Основным этиологическим фактором заболевания была артериальная гипертензия (АГ) или ее сочетание с церебральным атеросклерозом. Диагностика когнитивных нарушений базировалась на клиническом интервью со сбором жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни; исследовании неврологического статуса, проведении комплексного нейропсихологического обследования с использованием батареи тестов для оценки лобной дисфункции (Frontal assessment battery) FAB, краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination) MMSE, Моска-теста, визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) для определения субъективной оценки качества жизни, шкал «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) и «Шкала безнадежности Бека»

Результаты исследования. По средним значениям тестов были выявлены когнитивные нарушения разной степени выраженности у подавляющего большинства обследованных пациентов. По данным Шкалы MMSE 4 пациента (6,6%) набрали 24-27 баллов (что говорит о минимальных когнитивных нарушениях), 36 пациентов (60%) - 23 балла (легкие когнитивные нарушения) и 20 пациентов (33,4%) - 14-15 баллов (умеренные когнитивные нарушения). Согласно тестированию пациентов по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (МОСА-тест) выявлено, что у пациентов наиболее сильно нарушены показатели зрительно конструктивных и исполнительных навыков (МОСА_1:



3,7 из 5), памяти (МОСА_6: 2 из 5), внимания (МОСА_3: 5,3 из 6) и речи (МОСА_4: 1,8 из 3). Показатели абстракции (МОСА_5: 1,7 из 2) и ориентации (МОСА_7: 5,7 из 6) снижены незначительно. Номинативная функция речи («называние», МОСА_2: 3 из 3) по данному тесту показала в нашей выборке отсутствие нарушений. По средним показателям ВАШ на качество жизни обследуемая группа оценила своё качество жизни как «чуть выше среднего» (5,7 из 10). По средним значениям шкал депрессии и тревоги у пациентов нашей выборки данные аффективные расстройства практически не наблюдались, при этом показатели тревоги были ниже, чем показатели депрессии. Можно предположить, что депрессивные и тревожные расстройства у пациентов данной выборки не были выражены по причине отсутствия полного осознания случившегося и снижения критики к своему состоянию, из-за наличия когнитивных нарушений. Также важно отметить, что, чем ниже степень когнитивных нарушений, тем выше уровень депрессивных и тревожных проявлений. Возможно, эмоциональные нарушения могут проявиться у пациентов в следующих периодах заболевания. У пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу в большей степени нарушаются следующие когнитивные функции: память, внимание, зрительно-конструктивные/исполнительные навыки, речь, чтение, письмо и понимание сложных инструкций. Выявлено, что зрительно-конструктивные/исполнительные навыки связаны с навыками чтения, письма и понимания сложных инструкций. В данной группе пациентов, перенесших ОНМК по ишемическому типу, в раннем восстановительном периоде не обнаруживаются отрицательные эмоциональные состояния, а именно тревога и депрессия, по причине прогрессирования когнитивных нарушений и концентрации пациентов на других, прежде всего двигательных неврологических симптомах. Указанные когнитивные нарушения восстановились или улучшились у большинства больных в период реабилитации после перенесенного инсульта, что позволяет говорить об относительно высоком реабилитационном потенциале у пациентов в раннем восстановительном периоде ИИ в плане когнитивного статуса. Значительное число больных улучшило эти показатели: от выраженных — до умеренно выраженных и от умеренно выраженных — до легких.

Выводы. Острые нарушения мозгового кровообращения являются важнейшей медико-социальной проблемой и достойны особого внимания. Ранняя диагностика данных нарушений и включение их в программу восстановительного лечения играют стратегически значимую роль в профилактике дальнейшего прогрессирования когнитивных нарушений. У всех пациентов, начиная с первых дней после перенесенного инсульта, чрезвычайно актуальны мероприятия по профилактике развития когнитивных нарушений или их нарастания. В основе профилактики когнитивных нарушений лежит воздействие на основные факторы риска инсульта. Определенную роль в предотвращении прогрессирования постинсультных когнитивных нарушений может играть длительная фармакотерапия и нефармакологические подходы, направленные на различные патофизиологические механизмы. Помимо медикаментозной профилактики с **Целью** предотвращения нарушений высших мозговых функций после инсульта следует



обратить внимание на образ жизни, в том числе сбалансированное питание, достаточные физические и интеллектуальные упражнения. Проведенное исследование позволяет определить следующие направления нейропсихологического сопровождения пациентов после ОНМК:

- разработка нейропсихологических методик для пациентов после ОНМК, находящихся в разных периодах заболевания, для своевременного выявления когнитивных и эмоциональных нарушений;
- разработка краткосрочных и долгосрочных нейрореабилитационных программ, направленных на восстановление и профилактику когнитивных функций и коррекцию эмоциональных нарушений.

АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ И СВЯЗЬ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

О.Я.Бустанов

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Рецидивирующие инсульты приводят к развитию мультиинфарктной деменции. Именно склонность к инсультам (артериальным) выделяет и дифференцирует АФС от других менее опасных гиперкоагуляционных синдромов, таких как мутация фактора V Лейдена.

В связи этим перед нами была поставлена **Цель** – рассмотреть наиболее частые неврологические нарушения при АФС на фоне ревматологических заболеваний и пути их коррекции.

Материал и методы исследования: В настоящей работе представлены **Результаты** обследования 256 больных различными формами ревматических заболеваний (n=256): системной красной волчанкой (СКВ) - 35 человек, системной склеродермией (ССД) - 13 человек, системным васкулитом (СВ) - 1 человек, ревматоидным артритом (РА) - 205 человек, синдромом Рейно (СР) - 1 человек, ревматической болезнью сердца (РБс)- 1 человек. Всем больным были проведены исследования: УЗДГ магистральных сосудов, МРТ головного мозга и иммунологические исследования для определения наличия антифосфолипидного синдрома.

Результаты и обсуждение: Проведенные исследования показали, что все больные с ревматологическими заболеваниями и проявлениями АФС отмечали наличие различных неврологических нарушений от субъективных в виде цефалгического и астенического синдромов (74,2% и 31,4% соответственно) до органических поражений – признаков хронической ишемии мозга с когнитивными изменениями (43,5%). Причем неврологические проявления коррелируют с длительностью и течением



ревматологического процесса. Иммунологические исследования выявили достоверные изменения в группе больных АФС. Полученные **Результаты** демонстрируют картину динамических изменений в концентрации аутоантител в связи с развитием системных заболеваний соединительной ткани. Длительность заболевания у большинства пациентов привело к стабилизации уровней аутоантител класса IgG в границах референсных значений (кроме больных системной красной волчанкой), тогда как прогрессирование патологических процессов индуцирует синтез более значительного количества аутоантител IgM класса, что показывают значительно возросшие концентрации этих антител к кардиолипину.

Вывод: Таким образом, при ревматологических заболеваниях развитие неврологических нарушений, чаще выявляется у больных с проявлениями АФС. В частности неврологические нарушения представлены астеническим, вертебральным синдромами и цереброваскулярной патологией, а именно симптомами дисциркуляторной энцефалопатии I и II стадии.

Резюмируя можно сказать, что увеличение длительности РЗ характеризовалось нарастанием неврологических нарушений: отмечалось прогрессивное нарастание признаков дисциркуляторной энцефалопатии в виде усиления мнестических расстройств, головокружения, головной боли, нарушения сна. В первые годы болезни (2-5 лет от клинической манифестации) и её отдаленные сроки (более 10 лет) чаще развивались ПНМК и инсульты. Снижение с течением времени частоты НПНМК указывает на уменьшение легких форм цереброваскулярной патологии, что косвенно свидетельствует о прогрессировании последней.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ ДВОЙНОГО СЛЕПОГО ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Валева Д.С., Ахмадеева Л.Р., Наприенко М.В., Ахмадеева Э.Н.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г.Уфа, ГБУЗ Республиканская детская клиническая больница, г.Уфа, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г.Москва

Актуальность. Боль – одна из значимых проблем здравоохранения. Болевые синдромы широко распространены не только среди взрослых, им подвержены также дети и подростки, для многих молодых людей боль приобретает хронический характер. Высока распространенность рецидивирующей боли в животе при функциональной диспепсии и головной боли напряжения среди детей школьного возраста, прежде всего среди старшеклассников. По мере взросления детей прослеживается тенденция к увеличению частоты встречаемости болевых синдромов.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Терапия болевых синдромов должна включать в себя не только эффективные способы купирования приступов боли, но и методы профилактики, направленные на предупреждение хронизации болевого синдрома.

В лечении используют как фармакологические, так и нефармакологические методы. К нефармакологическим методам можно отнести динамическую электронейростимуляцию (далее – ДЭНС). По данным исследований, проведенных среди взрослых пациентов, ДЭНС имеет положительные **Результаты** в лечении гоноартроза, неспецифических люмбалгий, дорсопатий поясничного отдела, хронической ишемии мозга атеросклеротического генеза, синдрома раздраженного кишечника, при травматических повреждениях опорно-двигательного аппарата в курс реабилитационных мероприятий. Однако, исследования среди детей весьма ограничены.

Цель исследования – оценить профилактический эффект применения динамической электронейростимуляции при головной боли напряжения и абдоминальной боли при функциональной диспепсии у детей.

Материалы и методы исследования. В исследование вошло 132 ребенка в возрасте 10 – 17 лет включительно. Всем пациентам установлен диагноз головная боль напряжения (далее – ГБН) хроническая или частая эпизодическая с частотой не менее 10 приступов в месяц, также у ряда пациентов установлен диагноз функциональная диспепсия. До начала исследования оформлено письменное добровольное информированное согласие пациента или его законного представителя (при возрасте пациента до 15 лет).

Оценка профилактического эффекта ДЭНС по сравнению с плацебо проводилась в рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании. Пациент попадал в группу ДЭНС или группу плацебо случайным образом с использованием электронной программы. Автор исследования и пациент не знали, какой вид лечения получал пациент до окончания исследования. По итогам исследования в группе ДЭНС терапии – 69 детей, в группе плацебо – 63 ребенка.

ДЭНС представляла собой процедуру, во время которой на кожу пациента подавался электрический ток (77Гц), минимальной мощности (5ЕД). Определено 11 точек воздействия (по 1 минуте на точку воздействия), проведен курс 10 сеансов. Точки воздействия: на лбу - лобные бугры (1 и 2 точки), межбровье (3 точка), височная область (4 и 5 точки), параспинальная группа - 2 см ниже роста волос (6 и 7 точки), середина трапециевидной мышцы (8 и 9 точки), точка мышцы поднимающей лопатку - 2-3 см паравертебрально от 1-2 грудного позвонка (10 и 11 точки).

Группа плацебо получала «терапию» аппаратом имитацией ДЭНС по внешним характеристикам, но без терапевтического воздействия, на поверхность его электродов электрические импульсы не подавались.

Для определения влияния ГБН на повседневную активность подростков, оценки снижения трудоспособности из-за головной боли мы использовали индекс HALT (Headache-Attributed Lost Time, время, потерянное из-за головной боли). Подросткам предлагалось



ответить на пять вопросов по количеству дней, потерянных из-за головной боли. Анализ результатов оценивался по сумме потерянных дней, чем она выше, тем сильнее воздействие ГБН на трудоспособность подростка и тем больше необходимость в назначении лечения.

Результаты исследования. До начала проведения терапии оценена однородность групп исследования. Группы ДЭНС и плацебо можно считать однородными, так как статистически значимых различий между группами ДЭНС и плацебо до начала исследования по изучаемым нами показателям не выявлено, а именно по следующим признакам: частота приступов головной боли ($p=0,254$), их интенсивность ($p=0,157$), частота приступов абдоминальных болей ($p=0,611$), значение индекса HALT ($p=0,105$) и частота приема лекарственных препаратов для купирования головной боли ($p=0,222$).

Сравнение показателей связанных выборок до и через 3 месяца после курса терапии в группе ДЭНС и плацебо проводилось с применением критерия Вилкоксона. Оценивались изменения частоты абдоминальных болей и головных болей, индекса HALT.

И для группы, получившей курс аппарата плацебо, и для группы, лечившейся аппаратом ДЭНС, были получены статистически значимые различия для частоты головных болей ($p=0,0002$ и $0,000$ соответственно) и абдоминальных болей ($p=0,027$ и $0,0009$ соответственно) до и через 3 месяца после курса терапии. То есть в обеих группах через 3 месяца отмечалась положительная динамика в виде снижения частоты ГБН и абдоминальной боли при функциональной диспепсии. Не выявлено значимых различий в изменении частоты приема лекарственных препаратов для купирования головной боли ($p=0,304$ и $0,102$ соответственно для группы плацебо и ДЭНС).

Проведенный непараметрический тест Манна-Уитни достоверных различий между группами не дал ($p>0,05$ по всем признакам). Статистически значимые различия между группами ДЭНС и плацебо определялись тестом Вальда-Вольфовица для признаков частоты приступов абдоминальных болей ($p=0,011$) и значения индекса HALT ($p=0,000$).

Таким образом, в группе ДЭНС через 3 месяца после курса лечения выявлены более значимые уменьшения частоты абдоминальных болей и индекса HALT в сравнении с группой плацебо. В группе ДЭНС удалось значимо уменьшить влияние ГБН на трудоспособность подростков, пропуски школьных занятий, сократились потери времени в целом в связи с головной болью.

Вывод. Динамическая электронейростимуляция имеет положительный профилактический эффект при лечении абдоминального болевого синдрома у детей с головной болью напряжения и функциональной диспепсией, позволяет восстановить работоспособность и сократить потери времени из-за головной боли.



ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Максумова Д.К., Каландаров Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Как известно, артериальная гипертензия является заболеванием, привлекающим к себе внимание врачей любого профиля медицины. Она является одним из основополагающих факторов, приводящих к развитию или осложнению сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на огромные успехи в области кардиологии, артериальная гипертензия (АГ) остается одной из насущных медико-социальных проблем. По результатам многочисленных исследований, можно сказать, что изучение распространенности артериальной гипертензии должно быть с учетом не только общепринятых факторов риска, но и с учетом региональных, этнических и других особенностей.

Цель. Изучение распространенности артериальной гипертензии среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижана Ферганской долины.

Материалы и методы: проводилось комплексное одномоментное эпидемиологическое исследование методом случайной репрезентативной выборки с использованием стандартизованных и унифицированных биохимических, эпидемиологических, инструментальных, клинических и опросных методов исследования. Материалом для настоящего исследования послужило мужское и женское население в возрасте > 15-70 лет, проживающее в г.Андижане.

Результаты. Анализ данных показал, что среди обследованной общей популяции у 16,9% (n=102) выявлена артериальная гипертензия.

Распространенность артериальной гипертензии наблюдалась со статистически значимым различием у мужчин и женщин – 13,2% и 20,1% соответственно ($P<0,05$). с возрастом частота распространенности АГ у мужчин увеличивается до 61,9% или в 20 раз ($P<0,001$).

В нашем исследовании в группах мужчин 15-19 и 20-29 лет случаи артериальной гипертензии не установлены, среди мужчин 30-39 лет артериальная гипертензия наблюдалась с частотой – 3,1%, в 40-49 лет – 14,8% ($P<0,001$), в 50-59 лет – 31,4% ($P<0,05$), в 60-69 лет – 61,9% ($P<0,001$) и в группе 70 лет и старше – 33,3% ($P<0,001$). Обращают на себя внимание высокие показатели артериальной гипертензии в возрастных группах 50-59 лет, 60-69 лет, 70 лет и старше.

Анализ полученных результатов показал, что у женщин отмечено возрастание случаев выявляемости артериальной гипертензии в зависимости от возраста до 62,5% или в 7,2 раза ($P<0,001$). С наибольшей частотой АГ встречалась в группах женщин 40-49 лет (47,9%, $P<0,05$), 50-59 лет (55,6%, $P<0,05$), 70 лет и старше (62,5, $P<0,001$). Сравнительно меньшая



распространенность артериальной гипертензии наблюдалась у женщин в возрасте 30-39 лет (8,0%) и 40-49 лет (26,6%).

Выводы. В группе 15-19 лет и 20-29 лет артериальная гипертензия не отмечена, что по всей вероятности связано с малочисленностью обследованной подвыборки и по-видимому, данный научный факт требует отдельного анализа в проспективных исследованиях. В других группах процент заболеваемости говорит о том, что практическое здравоохранение должно больше уделять внимание профилактическому направлению, в целях раннего выявления и устранения факторов, приводящих к развитию артериальной гипертензии.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.,
Ахмадалиева У.К., Каландаров Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Общеизвестно, что артериальная гипертензия по своей распространенности и последствиям для сердечно-сосудистых заболеваний и кардиоваскулярного континуума может быть в полной мере отнесена к числу социально-значимых заболеваний.

Механизм её развития до сих пор уточняется и в настоящее время уже известно, что даже у одного и того же больного факторы риска инициирующие артериальную гипертензию не однородны. Поэтому, одной из целей нашего исследования являлось изучение именно этих вопросов на современном этапе развития общества, а именно влияние социально-медицинских факторов на развитие артериальной гипертензии.

Цель: Изучение факторов риска развития артериальной гипертензии

Материалы и методы: материалом для исследования явилось неорганизованное женское население города Андижана. Эпидемиологическое обследование проводилось методом случайных репрезентативных выборок.

Результаты. Среди популяции женщин, занятых преимущественно напряженным умственным трудом в различных возрастных группах выявлялись следующим образом: в 15-19 лет – 8,7%, в 20-29 лет – 7,7% ($P>0,05$), в 30-39 лет – 17,3% ($P<0,01$), в 40-49 лет – 31,3% ($P<0,001$).

Среди обследованных наблюдались лица, у которых были отмечены эпизоды употребления препаратов с гипертензивным действием (ЭУПГД). Так, ЭУПГД среди 20-29 летних женщин имела место в 2,5% случаев, у 30-39 летних – в 4,0% случаев и в 6,2% случаев отмечена в группе женщин 40-49 лет ($P<0,01$). Среди женщин моложе 20 лет данный ФР АГ не выявлялся (0,0%). В старших возрастных группах наблюдался с увеличением частоты ее выявляемости до 8,3% (в 50-59 лет, $P<0,01$), 18,5% (в 60-69 лет, $P<0,01$) и 12,5% ($P<0,001$).



Преимущественно тяжелый физический труд в качестве фактора риска установлен в различных возрастных группах обследованных женщин следующим образом: в 15-19 лет – 4,3%, в 20-29 лет – 28,2% ($P < 0,001$), в 30-39 лет – 52,0% ($P < 0,01$), в 40-49 лет – 40,6% ($P < 0,001$), в 50-59 лет – 50,0% ($P < 0,001$), в 60-69 лет – 29,6% ($P < 0,001$) и в > 70 лет – 75,0% ($P < 0,001$).

В различных возрастных группах женщин плохие жилищно-бытовые условия устанавливались с частотой 0,0% (в 1-ой возрастной группе), 1,2% (во 2-ой возрастной группе, $P < 0,01$), 2,6% (в 3-й возрастной группе, $P < 0,001$), 9,3% (в 4-ой возрастной группе, $P < 0,001$), 16,6% (в 5-ой возрастной группе, $P < 0,001$), 25,9% (в 6-ой возрастной группе, $P < 0,001$) и 37,5% (в 7-ой возрастной группе, $P < 0,001$).

Вывод. Таким образом, данные нашего исследования доказывают необходимость учёта факторов риска развития артериальной гипертензии, возрастающие особенно в возрастном диапазоне, что увеличивает риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ЦЕЛЯХ ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ.

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Джумабаева, С.Э.

Максумова Д.К.

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время оценка факторов риска сердечно-сосудистых осложнений становится ведущей, как в разработке профилактических программ, так и для определения тактики и интенсивности клинического вмешательства. Для адекватной первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний необходимо своевременное выявление групп различной степени риска с учётом совокупности основных факторов, определяющих прогноз.

Цель. Оценка некоторых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний отдельно и в сочетании, в целях предупреждения сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы: Проведено исследование, в которое включены 125 мужчин трудоспособного возраста (средний возраст $48,9 \pm 4,9$ года). Изучали следующие факторы риска развития ССЗ: семейный анамнез ранних ССЗ, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, избыточная масса тела и ожирение, курение, злоупотребление алкоголем. Кроме того, учитывали дополнительные факторы риска: повышенную частоту сердечных сокращений, нарушения ритма сердца, электрокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка.

Результаты: По данным исследования риск развития таких сердечно-сосудистых осложнений, как инфаркт миокарда и мозговой инсульт наиболее сильно взаимосвязан с возрастом. Так, с каждым годом жизни риск развития тяжелых осложнений возрастает на 12,0%. При наличии семейного анамнеза сердечно-сосудистых



заболеваний вероятность возникновения осложнений значительно больше, чем у обследуемых без отягощенного анамнеза. В группе пациентов с артериальной гипертензией, риск развития этих осложнений почти в 3 раза выше, чем у обследуемых с нормальным уровнем артериального давления, причем эта тенденция усиливается по мере увеличения степени артериальной гипертензии.

При проведении сравнительного анализа вероятности сердечно-сосудистых осложнений у обследуемых мужчин, не употребляющих алкоголь, умеренно пьющих и злоупотребляющих алкоголем, статистически значимые различия получены между не пьющими, и умеренно пьющими. Было выявлено, что у непьющих вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений в 13 раз выше, чем у умеренно пьющих ($p=0,04$).

У пациентов с электрокардиографическими признаками гипертрофии левого желудочка вероятность развития этих сердечно-сосудистых осложнений значительно выше, чем у обследуемых без гипертрофии. Сочетание различных факторов риска также является очевидным прогностическим фактором возникновения ССЗ. Согласно данным нашего исследования, наличие 4 фактора риска и более статистически значимо повышает вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с таковой у пациентов только с одним фактором риска.

Таким образом, изучение факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений имеет реальное клиническое обоснование и служит эффективным инструментом первичной профилактики их.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ, КАК ПРЕДИКТОРА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА

**Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Максумова Д.К., Алибеков Ш.О.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Как известно, в основе новых рекомендаций величина артериального давления рассматривается, как один из элементов системы стратификации общего (суммарного) сердечно-сосудистого риска, учитывается большое количество факторов риска, но величина артериального давления является определяющей в силу своей высокой прогностической значимости.

Цель исследования: Изучение распространенности предгипертензии среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижана Ферганской долины.

Материалы и методы: Материалом для настоящего исследования послужили **Результаты** одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте > 15-70 лет, проживающего в г.Андижане.

Результаты: Выявлено, что средние значения систолического артериального давления составляют у женщин – $121,2 \pm 1,08$ и у мужчин – $122,9 \pm 1,40$ мм рт.ст.,



диастолического артериального давления – по $77,2 \pm 0,59$ и $76,8 \pm 0,70$ – соответственно ($P_1 > 0,05$, $P_2 > 0,05$). Средние уровни систолического артериального давления и диастолического артериального давления в общей популяции > 15-70 лет составили – $122,1 \pm 0,90$ и $77,0 \pm 0,47$ мм рт.ст. соответственно. В различных возрастных группах средние значения систолического артериального давления и диастолического артериального давления отмечались с различиями в уровнях следующим образом соответственно: в 15-19 лет – $106,3 \pm 1,07$ и $67,5 \pm 0,94$ мм рт.ст., в 20-29 лет – $111,1 \pm 0,81$ ($P < 0,05$) $71,4 \pm 0,44$ ($P > 0,05$), в 30-39 лет – $115,8 \pm 1,24$ ($P < 0,05$) и $74,0 \pm 0,74$ ($P < 0,05$), в 40-49 лет – $126,8 \pm 1,94$ ($P < 0,05$) и $80,2 \pm 1,08$ ($P < 0,05$), в 50-59 лет – $137,7 \pm 2,99$ ($P < 0,05$) и $85,3 \pm 1,41$ ($P < 0,05$), в 60-69 лет – $144,5 \pm 3,79$ ($P < 0,05$) и $86,5 \pm 1,68$ ($P < 0,05$), в 70 лет и старше – $142,5 \pm 6,32$ ($P < 0,05$) и $87,6 \pm 3,17$ мм рт.ст. ($P < 0,05$). В возрастном диапазоне > 15-70 лет прирост артериального давления составил в среднем для систолического артериального давления $36,2$ мм рт.ст. и для диастолического артериального давления – $20,1$ мм рт.ст. ($P < 0,05$). Сравнивая наши **Результаты** в возрастном аспекте, мы отметили, что с возрастом распространенность предгипертензии с достаточной статистической мощностью возрастает как у мужчин, так и у женщин, причем частота предгипертензии была в 1,3 раза выше у мужчин (30,0%), чем у женщин (23,2%), $P < 0,05$.

Выводы: Таким образом, по материалам исследования, наблюдается высокая распространенность предгипертензии среди населения. Эти показатели выше у мужчин, чем у женщин. Возрастной диморфизм – важный эпидемиологический научный факт в нашем исследовании в отношении предгипертензии: с возрастом выявляемость предгипертензии увеличивается от 3,4 раза (у мужчин) до 20 раз (у женщин) ($P < 0,001$). Выявленная разница распространенности предгипертензии и средних значений артериального давления между мужчинами и женщинами в зависимости от возраста позволяет разработать целевую программу профилактики для различных возрастных групп.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО ЖЕНСКОГО И МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ > 15-70 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА Г.АНДИЖАНА

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Алибеков Ш.О.
Андижанский Государственный медицинский институт

Широкое распространение факторов риска развития артериальной гипертензии в жизни современного общества, подверженность ему наиболее трудоспособной и творческой части населения, возрождают интерес к современным аспектам распространенности и выявляемости факторов риска артериальной гипертензии среди различных слоев населения.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель. Изучение распространенности некоторых социально-медицинских поведенческих факторов риска артериальной гипертензии среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижана.

Материалом для настоящего исследования послужили **Результаты** одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте > 15-70 лет, проживающего в городе Андижан.

Результаты. Выявлено, что у женщин и мужчин, распространенность социально-медицинских факторов риска развития артериальной гипертензии отмечена в следующих уровнях соответственно: низкий образовательный статус – 11,4 и 7,9% ($P>0,05$), неблагополучный социальный статус – 1,2 и 0,7% ($P<0,05$), преимущественно умственный труд – 28,2 и 17,5% ($P<0,05$), преимущественно тяжелый физический труд – 22,3 и 17,9% ($P<0,05$), эпизоды употребления препаратов гипертензивного действия – 5,9 и 3,6% ($P<0,05$), плохие жилищно-бытовые условия – 8,4 и 1,9% ($P<0,001$), низкое потребление овощей и фруктов – 12,7 и 7,5% ($P<0,05$), злоупотребление насвая – 0,0 и 87,5% ($P<0,001$), преимущественное употребление мясных и мучных блюд – 49,2 и 61,1% ($P<0,05$), преимущественное употребление в суточном рационе жирной пищи – 19,8 и 24,6% ($P>0,05$), преимущественное употребление острых и соленых пищев – 12,4 и 10,4% ($P>0,05$) и злоупотребление крепкого чая и кофе – 18,5 и 10,4% ($P<0,05$).

Среди популяции женщин, занятых преимущественно напряженным умственным трудом в различных возрастных группах выявлялись следующим образом: в 15-19 лет – 8,7%, в 20-29 лет – 7,7% ($P>0,05$), в 30-39 лет – 17,3% ($P<0,01$), в 40-49 лет – 31,3% ($P<0,001$), в 50-59 лет – 45,8% ($P<0,001$), в 60-69 лет – 18,5% ($P<0,01$) и в > 70 лет – 50,0% ($P<0,001$).

Обращает внимание и распространенность фактора низкого потребления овощей и фруктов который выявлялся среди женщин моложе 20 лет у 13,0%, в 20-29 летнем возрасте – у 5,1% ($P>0,05$), в 30-39 лет – у 8,0% ($P>0,05$), в 40-49 лет – у 25,0% ($P<0,01$), в 50-59 лет – у 10,4% ($P<0,01$), в 60-69 лет – у 11,1% ($P>0,05$) и в > 70 лет – у 50,0% ($P<0,001$).

Выводы. В исследуемой популяции высока доля таких малоизвестных факторов, как злоупотребление насвая и патогенные пищевые привычки и, наоборот, от 5 до 12 раз меньшей частотой отмечались низкий образовательный статус, плохие жилищно-бытовые условия и низкое потребление овощей и фруктов.

СВЯЗЬ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С.

Андижанский государственный медицинский институт

По результатам многих исследований, проведенных в нашей стране и за рубежом, становится ясным, что предгипертензия, то есть повышенное артериальное давление (АД)



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



становится предвестником развития артериальной гипертонии и связано с повышением частоты развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Переход от предгипертонии к явной артериальной гипертонии отражает, по крайней мере, отчасти, такие изменения, как гипертрофия мышечного слоя стенки артериол и дисфункция эндотелия. На фоне таких структурных и функциональных изменений у лиц с предгипертонией были описаны увеличение вазоконстрикции и уменьшение вазодилатации.

В целях исследования нами было проведено проспективное эпидемиологическое исследование среди неорганизованного населения, состоявшего из мужчин и женщин.

Методом проведения исследования явилось анкетирование, а также были использованы лабораторно-инструментальные методы.

По результатам нашего исследования, была констатирована высокая распространенность предгипертонии, составившая 34,8% у мужчин и 31,8% у женщин. Главной детерминантой предгипертонии стал индекс избыточной массы тела (ИМТ) $> 23,0$ кг/м²: даже формально нормальные его величины (23,0–24,9 кг/м²) сопровождалась увеличением вероятности повышенного нормального АД в 1,47 раза. Имеющееся ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²) обусловило повышение вероятности предгипертонии у мужчин в 3,39 раза, у женщин — в 4,23 раза. Дислиппротеидемия и пожилой возраст также были причиной возникновения предгипертонии — увеличение возраста на каждые 10 лет сопровождалось увеличением вероятности повышенного нормального АД на 12% у мужчин и на 48% у женщин. Нарушение толерантности к глюкозе, сахарного диабета и наличие артериальной гипертонии (АГ) у обоих родителей повышали риск возникновения предгипертонии у лиц женского пола, у мужского — злоупотребление алкоголем.

Также особое влияние оказывал малоподвижный образ жизни и стрессовый фактор. Более того, в связи с этим у пациентов с повышенным нормальным артериальным давлением актуальными являются выявление других факторов риска (метаболический синдром, сахарный диабет 2, курение) и оценка наличия признаков поражения органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, микроальбуминурия, гиперкреатинемия, атеросклеротическое поражение сонных артерий).

Таким образом, мы установили не только причины возникновения предгипертонии, но и на связь предгипертонии с другими факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, что еще раз доказывает важным проводить соответствующие мероприятия по предупреждению развития предгипертонии, то есть правильно проводить профилактические мероприятия.



НОВЫЕ ДАННЫЕ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ Г.АНДИЖАНА

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

В современных социально-экономических условиях возрастает распространенность 22 факторов риска: социально-медицинские поведенческие факторы – 14, эпидемиологические нелипидные поведенческие факторы – 6 и эпидемиологические липидные факторы – 2 развития предгипертензии, артериальной гипертензии или повышенного артериального давления в целом. Эти факторы способствуют скоплению «агрессивных» эпидемиологических условий в отношении повышенного артериального давления и ассоциируются увеличением суммарного риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Цель. Изучение социально – поведенческих факторов риска артериальной гипертензии с учетом групп со слабой и сильной силой

Материалом для настоящего исследования послужили **Результаты** одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте > 15-70 лет, проживающего в г.Андижане.

Результаты. Мы попытались выделить «сильные» факторы риска, со средней и слабой силой. Первая группа: неблагоприятный социальный статус, эпизоды употребления препаратов гипертензивного действия, злоупотребление насвая, преимущественное употребление острых и соленых пищев, злоупотребление крепкого чая и кофе, курение, избыточная масса тела, употребление алкоголя, низкая физическая активность, низкий медицинский контроль, гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия. Доля этих составляет – 54,5%. Вторая: низкий образовательный статус, преимущественно физический труд, низкое потребление овощей и фруктов, преимущественное употребление мясных и мучных блюд, преимущественно употребление жирной пищи, возраст, всего их – 7. Они составляют 31,8% .

И слабая группа: преимущественно умственный труд, плохие жилищно-бытовые условия и пол и составили 13,6% случаев, то есть у каждого четвертого пациента с повышенным артериальным давлением выявлялись данные факторы.

Выявлено, что в наибольшей степени относительный риск развития предгипертензии выявлен при наличии эпизода употребления препаратов гипертензивного действия, неблагоприятного социального статуса, курении, низкого образовательного статуса и преимущественно физического труда; сравнительно ниже при употреблении алкоголя (в 1,4 раза меньше), до 2 раза меньше при низком потреблении овощей и фруктов, преимущественном употреблении острой и соленой пищи, низкой физической



активности, преимущественном употреблении мясных и мучных блюд и низком медицинском контроле, в 2,2 раза реже при злоупотребление крепкого чая и кофе, гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии в 3,2 раза меньше, в 3,9 раз реже преимущественно умственным труде, в возрасте 50-59, 60-69 лет и > 70 лет и у женщин; до 15,7 раз меньше при наличии фактора плохих жилищно-бытовых

Вывод. Таким образом, следует обратить внимание на необходимость реализации программ профилактики повышенного артериального давления с учетом именно отмеченных 22 факторов риска, ограничения или даже исключения их на популяционном уровне. Учет их в целом позволяет, во-первых, достаточно четко предсказать развитие предгипертензии, артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых осложнений от них, и во-вторых, позволяет повысить эффективность профилактических программ и до минимума снизить суммарный сердечно-сосудистый риск.

ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА, КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Кодиров Д.А., Ахмадалиева У. К.
Андижанский государственный медицинский институт

Артериальная гипертензия по своей распространенности и последствиям имеет особое место среди сердечно-сосудистых заболеваний и кардиоваскулярного континуума и может быть в полной мере отнесена к числу социально-значимых. Широкое распространение факторов риска развития артериальной гипертензии в жизни современного общества, подверженность ему наиболее трудоспособной и творческой части населения, возрождают интерес к современным аспектам распространенности и выявляемости факторов риска артериальной гипертензии среди различных слоев населения.

Цель: изучение распространенности избыточной массы тела, как фактора риска предгипертензии

Материалом исследования явилось неорганизованное население города Андижан.

Результаты: В общей популяции распространенность избыточной массы тела с высокой частотой выявлена – в возрастных группах 80 лет и старше (50,0%, $P < 0,01$), 60-69 лет (68,7%, $P < 0,001$), 50-59 лет (61,4%, $P < 0,001$), 40-49 лет (54,2%, $P < 0,001$) и 30-39 лет (46,5%, $P < 0,001$). Значительно реже данный фактор отмечался в группе лиц 15-19 лет (9,5%) и 20-29 лет (20,3%, $P < 0,01$). На уровне популяции в возрасте от 15 до 70 лет и старше избыточная масса тела выявлялась с частотой 42,7%. Из них возрастной аспект среди мужчин до 20 летнего возраста – в 16,6% случаев, в 20-29 лет – у 29,7% ($P < 0,01$), 30-39 лет – у 56,5% ($P < 0,001$), 40-49 лет – у 79,6% ($P < 0,001$) и > 70 лет – у 55,5% ($P < 0,01$).



Вывод. Таким образом, мы убедились, что избыточная масса тела достаточно распространенный фактор развития предгипертензии, и коррекция этого фактора может повлиять на уменьшение встречаемости предгипертензии. Доказано, что простые изменения в поведении и образе жизни могут в значительной мере способствовать предотвращению опасных сердечно-сосудистых осложнений и укрепить здоровье населения. В такой эпидемиологической ситуации единственным экономически эффективным и устойчивым подходом к осуществлению контроля за хроническими заболеваниями, в том числе артериальной гипертензии и другими факторами риска в системе общественного здравоохранения является осуществление эпидемиологического мониторинга за факторами риска и участие населения в профилактических мероприятиях.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРХОЛИСТЕРИНЕМИИ И ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ НА РАЗВИТИЕ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ, КАК ФАКТОРА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Максумова Д.К., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время прослеживаются тенденции к омоложению кардиологических больных и тем не менее работ, посвященных к выявлению артериальной гипертензии в широком возрастном диапазоне и на ранних стадиях заболевания мало. Доказано, что простые изменения в поведении и образе жизни могут в значительной мере способствовать предотвращению опасных сердечно-сосудистых осложнений и укрепить здоровье населения. В связи со сказанным, разработка единых подходов к ранней диагностике, лечению и профилактике АГ у современной популяции очень важна, своевременна и востребована.

Цель. Изучению распространенности предгипертензии в зависимости от гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии в современной популяции мужчин и женщин г. Андижана Ферганской долины в возрастном диапазоне от 15 до 70 лет и старше.

Результаты: предгипертензия наблюдалась с различием в следующих уровнях: в 15-19% - 0,0%, в 20-29 лет – 16,2% ($P<0,001$), в 30-39 лет – 40,6% ($P<0,01$), в 40-49 лет – 50,0% ($P<0,001$), в 50-59 лет – 45,7% ($P<0,01$), в 60-69 лет – 33,3% ($P<0,05$), в 70 лет и старше – 55,7% ($P<0,001$). В то же время гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия выявлялась среди неорганизованного населения с относительно высокой распространенностью: в 15-19 лет – по 7,1% и 2,4%, в 20-29 лет – по 9,8% ($P>0,05$) и 9,2% ($P<0,001$), в 30-39 лет – по 14,5% ($P<0,05$) и 12,5% ($P<0,001$), в 40-49 лет – по 18,6% ($P<0,01$) и 16,1% ($P<0,001$), в 50-59 лет – по 27,7% ($P<0,001$) и 22,9% ($P<0,001$), в 60-69 лет – по 39% ($P<0,001$) и 31,3% ($P<0,001$), 70 лет и старше – по 50,0% ($P<0,001$) и 25,0% ($P<0,001$) и в возрасте $> 15-70$ лет в целом – по 18,4% и 15,5% ($P>0,05$).



Выводы: Все эти данные опять же подтверждают, что в современной неорганизованной популяции определяются достаточно неблагоприятные эпидемиологические условия в отношении артериальной гипертензии и они нуждаются в квалифицированной профилактической помощи в оздоровлении от эпидемиологических факторов риска. Реализация риска развития предгипертензии (ПрГ) и артериальной гипертензии (АГ), а также их осложнений индуцируется этими факторами. Учёт их в целом позволяет, во-первых, достаточно четко предсказать развитие ПрГ, АГ и сердечно-сосудистых заболеваний от них, и во-вторых, позволяет повысить эффективность профилактических программ и до минимума снизить суммарный сердечно-сосудистый риск.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Кодиров Д.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Как известно, артериальная гипертензия является заболеванием, привлекающим к себе внимание врачей любого профиля медицина. Она является одним из основополагающих факторов, приводящих к развитию или осложнению сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на огромные успехи в области кардиологии, артериальная гипертензия остается одной из насущных медико-социальных проблем. По результатам многочисленных исследований, можно сказать, что изучение распространенности артериальной гипертензии должно быть с учетом не только общепринятых факторов риска, но и с учетом региональных, этнических и других особенностей.

Цель. Изучение распространенности артериальной гипертензии среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижана Ферганской долины.

Материалы и методы: проводилось комплексное одномоментное эпидемиологическое исследование методом случайной репрезентативной выборки с использованием стандартизованных и унифицированных биохимических, эпидемиологических, инструментальных, клинических и опросных методов исследования. Материалом для настоящего исследования послужило мужское и женское население в возрасте > 15-70 лет, проживающее в г.Андижане.

Результаты. Анализ данных показал, что среди обследованной общей популяции у 16,9% (n=102) выявлена артериальная гипертензия. Распространенность артериальной гипертензии наблюдалась со статистически значимым различием у мужчин и женщин – 13,2% и 20,1% соответственно (P<0,05). с возрастом частота распространенности АГ у мужчин увеличивается до 61,9% или в 20 раз (P<0,001).



В нашем исследовании в группах мужчин 15-19 и 20-29 лет случаи артериальной гипертензии не установлены, среди мужчин 30-39 лет артериальная гипертензия наблюдалась с частотой – 3,1%, в 40-49 лет – 14,8% ($P < 0,001$), в 50-59 лет – 31,4% ($P < 0,05$), в 60-69 лет – 61,9% ($P < 0,001$) и в группе 70 лет и старше – 33,3% ($P < 0,001$). Обращают на себя внимание высокие показатели артериальной гипертензии в возрастных группах 50-59 лет, 60-69 лет, 70 лет и старше.

Анализ полученных результатов показал, что у женщин отмечено возрастание случаев выявляемости артериальной гипертензии в зависимости от возраста до 62,5% или в 7,2 раза ($P < 0,001$). С наибольшей частотой АГ встречалась в группах женщин 40-49 лет (47,9%, $P < 0,05$), 50-59 лет (55,6%, $P < 0,05$), 70 лет и старше (62,5, $P < 0,001$). Сравнительно меньшая распространенность артериальной гипертензии наблюдалась у женщин в возрасте 30-39 лет (8,0%) и 40-49 лет (26,6%).

Выводы. В группе 15-19 лет и 20-29 лет артериальная гипертензия не отмечена, что по всей вероятности связано с малочисленностью обследованной подвыборки и по-видимому, данный научный факт требует отдельного анализа в проспективных исследованиях. В других группах процент заболеваемости говорит о том, что практическое здравоохранение должно больше уделять внимание профилактическому направлению, в целях раннего выявления и устранения факторов, приводящих к развитию артериальной гипертензии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э., Алибеков Ш.О.
Андижанский Государственный медицинский институт

В настоящее время прослеживаются тенденции к омоложению кардиологических больных и тем не менее, работ, посвященных к выявлению артериальной гипертензии в широком возрастном диапазоне и на ранних стадиях заболевания недостаточно.

Цель: Изучение влияния социально-медицинских факторов на развитие артериальной гипертензии.

Материалы и методы: материалом для исследования явилось неорганизованное женское население города Андижана. Эпидемиологическое обследование проводилось методом случайных репрезентативных выборок.

Результаты: распространенность социально-медицинских факторов риска развития артериальной гипертензии отмечена в следующих уровнях соответственно: низкий образовательный статус – 11,4 и 7,9% ($P > 0,05$), неблагополучный социальный статус – 1,2 и 0,7% ($P < 0,05$), преимущественно умственный труд – 28,2 и 17,5% ($P < 0,05$), преимущественно тяжелый физический труд – 22,3 и 17,9% ($P < 0,05$), эпизоды употребления препаратов гипертензивного действия – 5,9 и 3,6% ($P < 0,05$), плохие



жилищно-бытовые условия – 8,4 и 1,9% ($P < 0,001$), низкое потребление овощей и фруктов – 12,7 и 7,5% ($P < 0,05$), преимущественное употребление мясных и мучных блюд – 49,2 и 61,1% ($P < 0,05$), преимущественное употребление в суточном рационе жирной пищи – 19,8 и 24,6% ($P > 0,05$), преимущественное употребление острых и соленых пищев – 12,4 и 10,4% ($P > 0,05$) и злоупотребление крепкого чая и кофе – 18,5 и 10,4% ($P < 0,05$).

Согласно полученным данным, в исследуемой популяции женщин низкий образовательный статус выявлялся с увеличением до 37,5% или в 14,4 раза ($P < 0,001$) в зависимости от возраста. Данный социально-медицинский фактор риска в различных возрастных группах отмечался со следующей частотой: в 15-19 лет – 2,6%, в 20-29 лет – 3,8% ($P < 0,05$), в 30-39 лет – 8,0% ($P < 0,05$), в 40-49 лет – 6,3% ($P < 0,01$).

Обращает внимание и распространенность фактора недостаточного потребления овощей и фруктов, которая выявлялась среди женщин моложе 20 лет у 13,0%, в 20-29 летнем возрасте – у 5,1% ($P > 0,05$), в 30-39 лет – у 8,0% ($P > 0,05$), в 40-49 лет – у 25,0% ($P < 0,01$).

Как видно, случаи недостаточного потребления овощей и фруктов сравнительно часто отмечаются в группах женщин 15-19 лет, 40-49 лет, которые необходимо будет учесть при планировании лечебно-профилактических стратегий в отношении больных АГ.

Далее, нами были проанализированы особенности пищевых привычек обследованных женщин, как возможного фактора риска развития артериальной гипертензии. Из представленных результатов следует, что практически во всех возрастах встречаются «патогенные», в отношении АГ, пищевые привычки от 7,4% до 69,5%, то есть с частотой в разнице на 62,1% или в 9,3 раз ($P < 0,001$).

Выводы: Таким образом, была отмечена сравнительно высокая частота встречаемости «атерогенного питания», являющейся «главным» фактором риска «зловещей триады» - атеросклероза, ишемической болезни сердца и, или обусловленной артериальной гипертензией. В целом, полученные данные по оценке социально-медицинского фактора риска свидетельствуют о том, что подавляющее большинство обследованного населения имеют эти факторы риска и нуждаются в проведении программ первичной профилактики.

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПО ТЕСТУ «САН» У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э.
Андижанский Государственный медицинский институт

За последние десятилетия отмечается значительное увеличение количества больных с психосоматической патологией. Чаще всего депрессивные и тревожно депрессивные расстройства в повседневной практике врача встречаются у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Так называемая патологическая тревога, то есть тревога, принимающая постоянный характер может стать фактором развития различных



заболеваний, существенно осложняя их течение и прогноз. Существует мнение, что депрессию следует рассматривать как один из факторов риска смерти у больных с ишемической болезнью сердца.

Для изучения степени астенического синдрома у больных с ишемической болезнью сердца было проведено исследование у 65 больных с использованием теста «САН». При этом выделялись **Результаты** по половым принадлежностям и возрастным различиям.

Показатель «С» - самочувствие у 45 больных (69%) оказался ухудшенным и составил в среднем $33,4 \pm 5,1$ балла (в норме сумма баллов должна составлять 50 баллов и более) - больные отмечали у себя разбитость, быструю утомляемость, вялость, слабость.

Показатель степени активности «А» у 51 больных оказался пониженным и составил в среднем $31,2 \pm 5,8$ балл (в норме сумма баллов должна составлять 55 баллов и более) - была выявлена малоподвижность, бездеятельность и безучастность в происходящих вокруг событиях, медлительность, усталость.

Показатель «Н» - настроение у 46 больных оказался пониженным и составил в среднем $37,6 \pm 4,4$ баллов (в норме сумма баллов должна составлять 54 балла и более) - отмечалось плохое настроение, мрачность, унылость, озабоченность и переживание за собственное здоровье.

Анализ теста «САН» показал, что у больных с инфарктом миокарда ухудшение самочувствия резко выражено и проявляется разбитостью, обессиленностью, утомляемостью и вялостью больного. У больных стенокардией ухудшение самочувствия менее выражены, чем у больных инфарктом миокарда, но в сравнении с нормой показатель оказался высоким и составил $30,3 \pm 2,7$ баллов. Больные с постинфарктным кардиосклерозом чувствовали себя лучше, чем пациенты вышеперечисленных групп, их самочувствие было оценено в $42,1 \pm 4,3$ балла.

Анализ результатов теста «САН» по возрастным группам показал, что у больных с ишемической болезнью сердца в возрастной группе 40-59 лет «С»- самочувствие оценилось в $31,4 \pm 2,3$ балла, «А»-активность составила $27,5 \pm 3,4$ балла, «Н»-настроение составило $36,7 \pm 3,2$ балла. В возрастной группе 60-69 лет «С»-самочувствие оценилось в $29,3 \pm 2,7$ балла, «А»-активность составила $31,1 \pm 3,7$ балла, «Н»-настроение составило $30,4 \pm 4,1$ балл. В возрастной группе 70 лет и старше «С»-самочувствие оценилось в $39,1 \pm 4,3$ балла, «А» -активность составила $35,3 \pm 1,7$ балла, «Н» - настроение составило $45,4 \pm 4,4$ балла.

Таким образом из данных проведенного исследования видно, что у больных с инфарктом миокарда показатель теста «САН» значительно отклонен от показателей нормы, у больных со стенокардией показатели мало отличаются от больных с инфарктом миокарда, но изменены в сравнении с нормой. У больных с постинфарктным кардиосклерозом показатель теста «САН» несколько лучше, чем в предыдущих группах, но отмечается незначительное ухудшение показателей самочувствия, активности и настроения. Подводя итоги можно утверждать, что у больных ишемической болезнью



сердца имеются нарушения в психоэмоциональной сфере, астенизация вегетативной нервной системы различной степени выраженности. Женщины в сравнении с мужчинами оказались менее устойчивыми к разным стрессовым и конфликтным ситуациям, у них астенизация оказалась более выражена, чем у мужчин. У больных в возрастных группах 40-59 лет и 60-69 лет отмечались выраженные отклонения от нормы, чем у больных в возрастной группе 70 лет и старше.

Данное исследование показало, что в практической деятельности каждый врач при исследовании больных должен обращать внимание на психоэмоциональное состояние и дисфункцию вегетативной нервной системы, так как депрессия у больных ишемической болезнью сердца может снижать устойчивость к стрессу, приводящего к нарушению гемодинамики, активации тромбоцитов и появлению симптомов острого коронарного синдрома, что значительно отягощает клиническое течение заболевание.

РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА

Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С.

Андижанский Государственный медицинский институт

В настоящее время прослеживаются тенденции к омоложению кардиологических больных и тем не менее, работ, посвященных к выявлению артериальной гипертензии в широком возрастном диапазоне и на ранних стадиях заболевания недостаточно.

Широкое распространение факторов риска развития артериальной гипертензии в жизни современного общества, подверженность ему наиболее трудоспособной и творческой части населения, возрождают интерес к современным аспектам распространенности и выявляемости факторов риска артериальной гипертензии среди различных слоев населения, в том числе в условиях Узбекистана.

Цель: Оценка развития артериальной гипертензии в зависимости от воздействия медико-социальных факторов риска у женского населения.

Материалы и методы: материалом для исследования явилось неорганизованное женское население города Андижана. Эпидемиологическое обследование проводилось методом случайных репрезентативных выборок.

Результаты: распространенность социально-медицинских факторов риска развития артериальной гипертензии отмечена в следующих уровнях соответственно: низкий образовательный статус – 11,4 и 7,9% ($P > 0,05$), неблагополучный социальный статус – 1,2 и 0,7% ($P < 0,05$), преимущественно умственный труд – 28,2 и 17,5% ($P < 0,05$), преимущественно тяжелый физический труд – 22,3 и 17,9% ($P < 0,05$), эпизоды употребления препаратов гипертензивного действия – 5,9 и 3,6% ($P < 0,05$), плохие жилищно-бытовые условия – 8,4 и 1,9% ($P < 0,001$), низкое потребление овощей и фруктов



– 12,7 и 7,5% ($P < 0,05$), преимущественное употребление мясных и мучных блюд – 49,2 и 61,1% ($P < 0,05$), преимущественное употребление в суточном рационе жирной пищи – 19,8 и 24,6% ($P > 0,05$), преимущественное употребление острых и соленых пищев – 12,4 и 10,4% ($P > 0,05$) и злоупотребление крепкого чая и кофе – 18,5 и 10,4% ($P < 0,05$).

Согласно полученным данным, в исследуемой популяции женщин низкий образовательный статус выявлялся с увеличением до 37,5% или в 14,4 раза ($P < 0,001$) в зависимости от возраста. Данный социально-медицинский фактор риска в различных возрастных группах отмечался со следующей частотой: в 15-19 лет – 2,6%, в 20-29 лет – 3,8% ($P < 0,05$), в 30-39 лет – 8,0% ($P < 0,05$), в 40-49 лет – 6,3% ($P < 0,01$).

Обращает внимание и распространенность фактора недостаточного потребления овощей и фруктов, которая выявлялась среди женщин моложе 20 лет у 13,0%, в 20-29 летнем возрасте – у 5,1% ($P > 0,05$), в 30-39 лет – у 8,0% ($P > 0,05$), в 40-49 лет – у 25,0% ($P < 0,01$).

Как видно, случаи недостаточного потребления овощей и фруктов сравнительно часто отмечаются в группах женщин 15-19 лет, 40-49 лет, которые необходимо будет учесть при планировании лечебно-профилактических стратегий в отношении больных АГ.

Далее, нами были проанализированы особенности пищевых привычек обследованных женщин, как возможного фактора риска развития артериальной гипертензии. Из представленных результатов следует, что практически во всех возрастах встречаются «патогенные», в отношении АГ, пищевые привычки от 7,4% до 69,5%, то есть с частотой в разнице на 62,1% или в 9,3 раз ($P < 0,001$).

Таким образом, была отмечена сравнительно высокая частота встречаемости «атерогенного питания», являющейся «главным» фактором риска «зловещей триады» - атеросклероза, ишемической болезни сердца и, или обусловленной артериальной гипертензией.

Выводы: В целом, полученные данные по оценке социально-медицинского фактора риска свидетельствуют о том, что подавляющее большинство обследованного населения имеют эти факторы риска и нуждаются в проведении программ первичной профилактики. Это подтверждает то, что у 90,0% больных артериальной гипертензией, научно мотивированная первичная и вторичная профилактика против поведенческих, социально-медицинских факторов риска могут препятствовать или приостановить эпидемию артериальной гипертензии или ее осложнения среди населения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Валиева Н

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Актуальность. В настоящее время одним из наиболее часто используемых целесообразных комбинаций антигипертензивных препаратов является комбинация ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (и АПФ) и тиазидного диуретика, что



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



связано с различными механизмами их действия и усилением эффекта каждого отдельного компонента. Цели исследования. Целью исследования явилась сравнительно изучение эффективности комбинированного препарата Периндоприл 4мг + Индапамид 1,25мг в сравнение с препаратом Эналаприл мапеат 10 мг + Гидрохлортиазид 25 мг) у больных с нестабильной стенокардией (НС) и сопутствующей артериальной гипертензией (АГ). Материалы и методы. Обследованы 40 больных с НС и сопутствующей АГ, пролеченных в отделении неотложной кардиологии 7 - ГКБ. Среди обследованных больных мужчин было 24, женщин - 16. В возраст 40-65 лет. Давность заболевания у всех обследованных больных было 1-5 лет. Всем больным проводили общеклинические исследования, исследования липидного спектра крови и коагулограммы. ЭКГ записывали в 12 стандартных отведениях. Показатели гемодинамики изучали по данным ЭхоКГ. Больные были разделены на 2 аналогичные по диагнозу, возрасту и полу группы: I группа 20 больных получала стандартную терапию (антиангинальную, антиагрегантную, антикоагулянтную, статины) и антигипертензивный препарат Периндоприл/Индапамид, II группа - получала стандартную терапию и Эналаприл/Гидрохлортиазид по 1 таблетке в день в течении 10 дней с последующей рекомендацией амбулаторного приема под контролем врача поликлиники. Полученные **Результаты.** У всех обследованных больных при поступлении были ангинозные боли в области сердца. Артериальное давление (АД) измеряли 3 раза в день: утром, днём и вечером. В I группе больных с АГ I степени- была у 7, II - у 8, III степени- у 5 больных, во II группе АГ I степени- была у 8, II - 7, III степени - у 5 больных. Изучение ЭКГ данных у обследованных больных при поступлении выявило депрессию сегмента ST на 2-3мм у всех больных, отрицательный зубец T - у 23, высокий остроконечный зубец T - у 17 больных. На ЭхоКГ фракция выброса (ФВ) в I группе больных была $52,1 \pm 4,9\%$, во II группе - $45 \pm 6,2\%$. После проведенного лечения ангинозные боли полностью исчезли у 18 больных в первый день, а у 22 больных во второй день лечения. В I группе больных с АГ I степени получавших Периндоприл/Индапамид АД нормализовалась в первый день лечения, у больных с АГ II-III степени АД снижалось на 2-3 день лечения. Во II группе больных с АГ I степени получавших Эналаприл/Гидрохлортиазид АД нормализовалась на второй день болезни, у больных с АГ II-III степени АД снижалось на 3-5 день лечения. Двум больным с более стойкой АГ в комплекс лечения назначали антагонисты кальция, лозап, после чего АД нормализовалось.

Выводы. **Результаты** наших исследований показали более быстрое клиническое улучшение и снижение АД у больных получавших Периндоприл/Индапамид. У больных, получавших Эналаприл/Гидрохлортиазид нормализация АД наступало позже. Несмотря на это фиксированные антигипертензивные комбинации являются эффективными препаратами в лечении НС с сопутствующей АГ.



ПРИМЕНЕНИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Валиева Н

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Актуальность. В течение последних двух десятилетий разработан целый ряд инновационных генно-инженерных биологических препаратов, внедрение которых в клиническую практику позволило существенно улучшить результаты лечения ревматических болезней. В то же время отмечается нарастание числа сообщений о связанных с их применением неблагоприятных реакциях, нередко парадоксальных (показанное при многих аутоиммунных процессах назначение этих препаратов может вызвать аналогичные аутоиммунные процессы).

Цели исследования. Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) произвели революцию в лечении ревматических заболеваний (РЗ). После того как было установлено, что один из цитокинов – фактор некроза опухоли (ФНО) – играет ключевую роль в развитии воспаления, его подавление ингибиторами становится эффективным методом лечения РЗ [1, 2]. Три первых ингибитора ФНО, одобренные для лечения больных ревматоидным артритом (РА) Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) в США и Европейским агентством по лекарственным средствам (ЕМЕА) в Европе: инфликсимаб (ИНФ), этанерцепт (ЭТЦ) и адалимумаб (АДА) – были признаны эффективными и безопасными и в дальнейшем одобрены FDA и ЕМЕА для лечения ревматических, желудочно-кишечных и кожных болезней. Достаточно быстро более миллиона больных получили лечение ингибиторами ФНО [3].

Материалы и методы. К настоящему времени ГИБП были назначены во всем мире нескольким миллионам больных РЗ, что значительно увеличило расходы на лечение, поскольку это очень дорогие лекарственные препараты (стоимость их колеблется от 10 до 30 тыс. долларов США на больного в год, т. е. на несколько порядков больше по сравнению с другими препаратами, например метотрексатом – МТ). Кроме того, хотя воспалительные РЗ, при которых показано применение ГИБП, имеют относительно небольшое распространение [2], их хроническое течение обуславливает необходимость длительного (многочесячного, а нередко и многолетнего) применения таких средств. Только в США три ингибитора ФНО входят в десятку лекарственных препаратов, лидировавших по продажам в 2012 г. (АДА продано на 4,3 млрд, ЭТЦ – на 4 млрд, ИНФ – на 3,7 млрд долларов США). Текущие годовые продажи этих препаратов в мире превысили 30 млрд долларов США, а в целом общий объем продаж превышает 200 млрд долларов [3]. Показано, что информация торговых представителей фармацевтических компаний оказывает значительное влияние на выбор медикаментов [4]. Зачастую существует разобщенность между больными и врачами, органами здравоохранения и производителями лекарств. С одной стороны, как больные, так и врачи хотят знать,



какой препарат является лучшим, с другой – органы здравоохранения (например, FDA в США или ЕМЕА в Европе) хотят убедиться, что лечебный эффект препаратов хорошо документирован.

Полученные Результаты. Наиболее всесторонне (на сегодняшний день) оценка НП, связанных с ГИБП, охватила 163 исследования с участием 50 тыс. больных, получавших ГИБП для лечения разнообразных болезней [5], но выводы большей частью остаются неубедительными и статистически незначимыми. Возможным объяснением этого может быть гетерогенность болезней. Прямое сопоставление изучаемых ГИБП в длительных исследованиях может в итоге обеспечить информацией, которая ответит на остающиеся вопросы относительно их безопасности; на появление таких исследований можно надеяться, однако ждать результатов придется много лет. Следует отметить малое число исследований с прямым сопоставлением разных ГИБП; так, из 212 зарегистрированных РКИ ингибиторов ФНО только 38 (17,9%) включали прямое сопоставление активных препаратов, а опубликованы результаты только 9 из них [3].

Расширение целевого применения ингибиторов ФНО при РЗ вызвало рост числа сообщений о развитии индуцированных ими аутоиммунных нарушений. С января 1990 г. по декабрь 2006 г. в опубликованных статьях были идентифицированы 233 случая аутоиммунных заболеваний [васкулит – 113, системная красная волчанка (СКВ) – 92, интерстициальные поражения легких (ИПЛ) – 24 и другие болезни – 4], обусловленных применением ингибиторов ФНО. В дальнейшем было идентифицировано 379 случаев аутоиммунных болезней, индуцированных ингибиторами ФНО: васкулит – 118, СКВ – 105; псориаз – 50; ИПЛ – 34; признаки антифосфолипидного синдрома (АФС) – 32, глазные аутоиммунные болезни – 19; саркоидоз – 10; аутоиммунный гепатит – 7; воспалительные миопатии – 4.

Опубликованы данные о более чем 140 случаях васкулита, индуцированного ГИБП [3]. Некоторые авторы предполагают, что повышение уровня IgA ревматоидного фактора (РФ) на фоне лечения ингибиторами ФНО может быть фактором риска развития васкулита [2]. Хотя развитие васкулита было связано в основном с ИНФ, ЭТЦ и АДА, недавно опубликовано сообщение о развитии гранулематоза Вегенера на фоне лечения ГЛМ [3].

Выводы. Таким образом, в настоящее время доступны не все данные клинических исследований, связанных с назначением ГИБП при РЗ, что затрудняет объективную оценку эффективности и безопасности этих препаратов, а также выбор оптимальной тактики ведения больных. Непродолжительный период наблюдения и недостаточное число больных не позволяют достоверно оценить отдаленные перспективы лечения ГИБП, влияют на интерпретацию данных, касающихся отдаленных исходов болезни. Отсутствие длительных РКИ ГИБП ограничивает наше понимание связи этих препаратов с риском серьезных инфекций и злокачественных новообразований. Изучение больших популяций, длительный период наблюдения, улучшение отчетов и прямые сравнительные исследования ГИБП будут способствовать улучшению наших знаний о вреде и пользе этих препаратов.



ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ЕЁ АССОЦИАЦИИ С ЛИПИДНЫМИ И НЕЛИПИДНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА В ПОПУЛЯЦИИ 25-45 ЛЕТ ГОРОДА АНДИЖАНА(ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ)

Вахабов Б.М., Атаханова С.К., Турсунов М.С., Йулибаев С., Исаков А.А.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Цель. Изучить распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) по эпидемиологическим критериям в популяции 25-45 лет г. Андижана и выявить ее ассоциации с некоторыми липидными и нелипидными факторами риска.

Материал и методы. Проведено одномоментное популяционное обследование случайной выборки населения 25-45 лет г. Андижана. Обследовано 352 человек (244 мужчин и 108 женщины). Эпидемиологический диагноз ИБС “Определенная ИБС” — ОИБС) ставился по валидизированным эпидемиологическим (по кардиологическому опроснику Роуза) и клинико-функциональным (ЭКГ с расшифровкой по Миннесотскому коду) критериям. В крови определяли уровни общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеинов низкой и высокой плотности (ХС-ЛНП, ХС-ЛВП). Измеряли систолическое и диастолическое АД (САД, ДАД), оценивали наличие артериальной гипертензии (АГ), индекс массы тела, статус курения.

Результаты. При обследовании 352 человек, участвующих в исследовании выявлено, что относительный риск развития “Возможной ИБС” в общей популяции 25-45 лет достоверно выше в 2,1 раза у лиц с низким ХС ЛВП (ОШ 2,136, $p=0,023$), в 1,9 раз у курящих (ОШ 1,925, $p=0,048$) и в 2,2 раза у лиц с АГ (ОШ 2,235, $p=0,023$). Не выявлено ассоциаций повышенных уровней общего ХС, ТГ и ХС ЛНП крови, а также повышенного ИМТ с относительным риском развития “Возможной ИБС” в общей популяции 25-45 лет. Также нами не выявлено значимых ассоциаций всех исследованных липидных и нелипидных факторов риска (повышенных уровней общего ХС, ТГ и ХС ЛНП крови, сниженного уровня ХС ЛВП крови, повышенного ИМТ, наличия АГ и курения) с относительным риском развития “Определенной ИБС” в общей популяции 25-45 лет. В отношении “Определенной ИБС” в общей популяции, проведенный многофакторный логистический регрессионный анализ ОШ не выявил значимых независимых ассоциаций исследуемых липидных и нелипидных факторов риска с относительным риском развития “Определенной ИБС”. В целом полученные нами **Результаты** свидетельствуют, что в популяции 25-45 лет жителей г. Андижана распространенность “Определенной ИБС” 6,52%, в том числе у мужчин 6,97%, у женщин 5,55%. Распространенность “Возможной ИБС” 6,1%, в том числе у мужчин 7,8%, у женщин 5,0%. Относительный риск развития “Возможной ИБС” в общей популяции независимо от других факторов ассоциирован с более низким уровнем ХС ЛВП (ОШ 0,180, $p=0,039$) и с более высоким уровнем САД (ОШ 1,026, $p=0,019$). Относительный риск развития “Определенной ИБС” в женской популяции



выше в 3,8 раза у женщин с низким ХС ЛВП (ОШ 3,800, $p=0,020$) и в 4,6 раза у женщин с АГ (ОШ 4,572, $p=0,016$).

Закключение: Таким образом, в молодой популяции 25-45 лет г. Андижана ИБС, определенная по стандартизованным эпидемиологическим критериям, независимо от других липидных и нелипидных факторов риска ассоциируется с наличием АГ и сниженным уровнем ХС ЛВП.

РОЛЬ НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА КАТЕХОЛАМИНОВ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ

Вахабов Б.М., Турсунов М.С., Таштемирова И.М., Кодирова Г.И., Акбаров Ш.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность: В настоящее время много дискуссий в отношении того, почему некоторые семьи с дислипидемиями более подвержены ИБС, чем другие. Исследования последних лет показали, что для понимания патогенеза ИБС необходимо дальнейшее изучение систем нейрогуморальной регуляции, в частности симпатико-адреналовой системы (САС).

Цель исследования: изучение нарушений метаболизма катехоламинов и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при семейной гиперхолестеринемии

Материалы и методы: У 120 пациентов и родственников с дислипидемиями и 20 практически здоровых лиц, изучали активность САС: определяли суточную экскрецию катехоламинов (КА) - адреналина (А), норадреналина (НА), дофамина (ДА), ДОФА, активность моноаминоксидазы (МАО) и процессы ПОЛ общепринятыми методами. Все исследуемые были разделены на 3 группы: I-я – контроль ($n=15$), II-я группа – Семейная гиперхолестеринемия без ИБС ($n=46$), III-я – Семейная гиперхолестеринемия с клиническими признаками ИБС ($n=74$).

Результаты исследования: Во II-й группе отмечается повышение суточной экскреции: А суммарного на 26,5% по отношению к контрольной группе, суммарного норадреналина - на 14,4% по отношению к группе контроля ($p<0,001$). Дофамин (ДА) суммарный повышен 9,3% по отношению к контролю ($p<0,05$). ДОФА на 4,5% увеличена по отношению к контрольной группе ($p<0,001$). В III-й группе отмечается понижение суточной экскреции КА, в частности; А суммарного на 27,7%, НА суммарный уменьшен на 29,3% соответственно по сравнению со здоровыми ($p<0,001$). Происходит уменьшение экскреции суммарного ДА - на 48,8%, ДОФА на 22,0% по отношению к I –й группе ($p<0,001$).

При исследовании активности МАО при дислипидемиях выявили снижение активности фермента во всех обследуемых группах по отношению к контрольной. В группе контроля



активность MAO составила 0,07 0,001 ед/экс. Во II -й группе активность MAO составила 0,05 0,002 ед/экс., что на 28,6% ниже контроля ($p < 0,001$). В III-й группе отмечается значительное понижение активности фермента на 45,7% по отношению к группе контроля и составила 0,038 0,002 ед/экс. ($p < 0,001$).

Показатели ПОЛ во всех исследуемых группах достоверно отличались от таковых в контрольной группе. В контрольной группе, уровень малонового диальдегида (МДА)-вторичного продукта ПОЛ, колебался в пределах 2,1 – 4,4 нмоль/мл, в среднем $3,6 \pm 0,5$ нмоль/мл. Во II -й группе отмечается статистически достоверное повышение уровня МДА на 72,2% по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$). В III-й группе отмечается повышение уровня МДА на 116,6 % по отношению к показателям контроля ($p < 0,001$).

Выводы: В ходе исследования выявлено значительное изменение активности САС и процессов ПОЛ при семейной гиперхолестеринемии, что говорит о важной роли этих показателей в патогенезе ИБС и атеросклероза.

К ВОПРОСУ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТЬЮ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Вахабов Б.М., Юлдашева С.Л., Акбаров Ш., Атаханова С.К., Йулибаев С.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность: Связанная с атеросклерозом сердечно-сосудистая патология с середины XX века стала одной из ведущих причин заболеваемости и смертности населения и приобрела характер эпидемии. Многочисленные эпидемиологические и популяционные исследования, проведенные в течение последнего полувека, вполне справедливо концентрировались на изучении факторов риска атеросклероза и его клинических осложнений, в первую очередь ишемической болезни сердца.

Целью исследования явилось определение ранних маркеров атеросклероза у мужчин молодого возраста с отягощённой наследственностью к сердечно-сосудистым заболеваниям.

В исследование были включены 70 мужчин в возрасте от 30-49 лет с различным уровнем риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний. Суммарный риск развития сердечно-сосудистых осложнений определяли по европейской шкале SCORE. В зависимости от уровня риска пациенты были распределены в 2 группы: I группа низкого и умеренного риска $< 5\%$ – 38 пациентов; II группа высокого риска $\geq 5\%$ – 30 пациентов. Группу контроля составили абсолютно здоровые мужчины в возрасте от 30 до 45 лет без отягощённой наследственности к сердечно-сосудистым заболеваниям. Одним из диагностических критериев определения риска развития атеросклероза является показатель дуплексного сканирования – толщина интимы – меди (ТИМ) сонных артерий. Ранние маркеры



атеросклероза артерий определены у всех пациентов: у 38 мужчин в группе низкого и умеренного риска, у 30 – в группе высокого риска ССО. У пациентов с низким – умеренным риском развития ССО увеличение ТИМ обнаружено в 48,6% случаев, у лиц с высоким риском развития ССО – в 73,4%. Для достоверности полученных результатов определяли цитокиновый статус, проводили идентификацию ряда маркеров, обнаруживаемых в крови. Из медиаторов межлейкоцитарного взаимодействия наибольшее значение при атеросклерозе придается провоспалительным цитокинам интерлейкин-1 (ИЛ-1), интерлейкин-6 (ИЛ-6), фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-а).

Проведённые исследования показали, что в группе низкого риска и высокого риска развития атеросклероза иммунная система реагировала по различному, так в I-й группе ИЛ-6 повышался незначительно на 24,8% ($p < 0,001$) выше показателей группы контроля, до резкого повышения более чем на 47,5% выше показателей контрольной группы ($p < 0,001$). Незначительные повышения ФНО-а отмечены в группе низкого и умеренного риска ($p < 0,001$), а во II-й группе эти изменения были более выраженными. Противовоспалительный ИЛ-10 умеренно повышался в I-й группе ($p < 0,01$) и более значительные изменения отмечались во II-й группе.

Результаты исследования показали о существовании прямой корреляционной связи между ИЛ-6 и ТИМ ($r=0,57$; $p=0,001$), ИЛ-1 и ТИМ ($r=0,44$; $p=0,001$), ФНО-а и ТИМ ($r=0,51$; $p=0,001$).

Таким образом показано, что уровень провоспалительных цитокинов был повышен у пациентов с отягощённой наследственностью к атеросклерозу и в последующем к ИБС. Очевидно, при атеросклерозе венечных сосудов изменения уровней провоспалительных цитокинов, является ранним маркером изменения иммунных воспалительных реакций организма, его реактивности, в связи с чем этот фактор может быть одним из прямых показателей ранней дестабилизации и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А., Атаханова С.К.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность: Исследования последних лет свидетельствуют о том, что для понимания патогенеза ИБС необходимо дальнейшее изучение систем регуляции кровообращения, в частности симпато-адреналовой системы. В последние годы все больше внимания уделяется изучению роли латентного воспалительного процесса в патологии сосудов и развитию на его основе атеросклероза. Считается, что воспаление внутренних органов, потенцируют нарушения системы провоспалительных цитокинов, липидного обмена, приводят к развитию атеросклероза.



Цель исследования: Изучение нарушения метаболизма катехоламинов и иммунного статуса при семейной гиперхолестеринемии

Материалы и методы исследования: Обследовано 120 пациентов с СГХС: 120 мужчин в возрасте от 40 до 60 года (средний возраст $46,4 \pm 4,2$) года и 20 практически здоровых лиц: 20 мужчин в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст $47,4 \pm 4,7$ года).

Выявление фенотипов дислипидемии основывались на европейских критериях диагностики дислипидемий. В зависимости от проявлений клинических признаков ИБС все обследуемые были рандомизированы на 3 группы: I - контрольная, здоровые; II – СГХС без признаков ИБС; III - СГХС с признаками ИБС Стабильная стенокардия напряжения ФС II-III. Из 120 человек с СГХС, включённых в обследование, у 46 (38,3%) клинические проявления ИБС не отмечались, у 74 (61,7%) отмечаются клинические проявления ИБС.

Определение концентрации общего ХС, ХС ЛПВП, триглицеридов проводили современным биохимическим экспресс - анализатором «ReflotronPlus» (Roche, Германия). Содержание ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП рассчитывали по формуле W. Friedwald: ХС ЛПНП, ммоль/л = $OXC - XС\ ЛПВП - TG/2,2$. Дополнительно определяли индекс атерогенности по формуле, предложенной А.Климовым: $IA = (OXC - XС\ ЛПВП) / XС\ ЛПВП$, соотношение ХС ЛПНП / ХС ЛПВП.

Исследовалась суточная экскреция с мочой свободных и конъюгированных форм катехоламинов (КА) флюориметрическим методом в модификации Э.Ш. Матлиной. Определение MAO в сыворотке крови проводили по методу А.И. Балаклеевского (1976).

Для определения уровней ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-10 использовали наборы ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-10 (набор реактивов ООО «Цитокин», Санкт-Петербург).

Рассчитывали и анализировали средние величины (M), стандартные ошибки средних величин (m), достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение: Сравнительная характеристика показателей липидного спектра крови некоторые клинические показатели исследуемых групп приведены в таблице 1. В группе контроля уровень ОХС колебался в пределах 2,7-5,0 ммоль/л. В остальных группах уровень ОХС был в пределах от 6,2 до 12,8 ммоль/л. У 48 (40,0%) исследуемых уровень ОХС–6,2 - 7,2 ммоль/л, 44- (37,7%) уровень 7,2 – 8,4 ммоль/л, 28 - (23,3%) – 8,4 - 12,8 ммоль/л.

В контрольной группе, показатели фракции липидов были в пределах нормы. При изучении фракций липидов между показателями больных других групп достоверные различия не выявлены.

При изучении суточной экскреции КА, ДОФА наблюдаются следующие изменения. Во II-й группе отмечается статистически достоверное ($p < 0,05$) повышение суточной экскреции адреналина, норадреналина, дофамина и ДОФА по отношению к контрольной группе ($p < 0,05$). В III-й группе отмечается понижение суточной экскреции катехоламинов: А суммарного на 27,7% по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$). НА свободный, конъюгированный, суммарный уменьшен на 31,3%, 25,3%, 29,3% соответственно по сравнению со здоровыми ($p < 0,001$). Происходит уменьшение экскреции ДА: свободного -



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



на 51,1%, конъюгированного - 46,6%, суммарного - на 48,8% по отношению к контролю ($p < 0,001$). ДОФА снижена на 22,0% по отношению к I –й группе ($p < 0,001$).

При исследовании активности MAO при СГХС выявили достоверное снижение активности фермента во всех обследуемых группах по отношению к контрольной группе. В группе контроля активность MAO составила 0,07 0,001 ед/экс. Во II -й группе активность MAO составила 0,05 0,003 ед/экс., что на 28,6% ниже контроля ($p < 0,001$). В III-й группе отмечается значительное понижение активности фермента на 42,9% по отношению к группе контроля и составила 0,04 0,004 ед/экс. ($p < 0,001$).

Результаты проведённых исследований показали, что при СГХС происходит умеренная активация САС, связанная с повышением экскреции катехоламинов: А, НА, ДОФА. В свою очередь при СГХС у пациентов с хроническими формами ИБС происходит равнозначное уменьшение суточной экскреции катехоламинов: А, НА, ДОФА по отношению к контролю. У пациентов СГХС с наличием хронических форм ИБС угнетение активности САС проявляется понижением гормонального и медиаторного звена, также происходит понижение резервных возможностей за счёт уменьшения выделения ДОФА ($p < 0,05$) и дофамина ($p < 0,001$).

Интересные **Результаты** были получены при исследовании иммунного статуса. **Результаты** исследования показали, что во II-й и III-й группе больных с СГХС иммунная система реагировала по различному, так в II-й группе ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-а происходит достоверное повышение показателей, более выраженные изменения отмечаются в III-й группе.

Таким образом, полученные данные выявили, что развитию и прогрессированию ИБС при СГХС сопутствуют нарушения функционирования САС. Повышенный симпатический тонус ведёт к целому ряду метаболических, трофических и гемодинамических изменений, что сопровождается увеличением риска сердечно-сосудистых катастроф при СГХС.

Определение показателей липидного обмена, изучение состояния САС, активности MAO, уровня провоспалительных цитокинов, в частности ИЛ-1b, ИЛ-6, ФНО-а может дать дополнительную информацию для ранней диагностики ИБС и атеросклероза у родственников с СГХС, оценки тяжести течения ИБС и атеросклероза при СГХС.

Выводы: Комплексное исследование лиц с СГХС без клинических и с проявлениями ИБС показало выраженные изменения повышение экскреции адреналина, норадреналина, дофамина, ДОФА на 26,5%, 14,4%, 9,3%, 4,5% соответственно по отношению к здоровым, что говорит об активации гормонального звена САС. Комплексное исследование пациентов СГХС с хроническими формами ИБС выявило снижение экскреции адреналина, норадреналина, дофамина, ДОФА на 27,7%, 29,3%, 48,8%, 22,0% соответственно по отношению к контрольной группе, говорящий о понижении активности гормонального, медиаторного звена и резервных возможностей САС.



У исследуемых с СГХС, отмечается значительное снижение активности MAO по отношению к здоровым, что свидетельствует об качественном изменении каталитических свойств фермента. Концентрации провоспалительных цитокинов ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-а, у пациентов с семейной гиперхолестеринемией могут использоваться в качестве критерия прогноза заболевания.

ПРОБИОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Ганиев А.Г., Кузиев Д.В., Абдуллаев Д.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время для коррекции дисбиоза кишечника применяют пре- и пробиотики. Пребиотики — вещества немикробного происхождения, способные оказывать влияние на организм человека через селективную стимуляцию роста и/или активности представителей нормальной микрофлоры кишечника. Пребиотиками являются: фруктоолигосахариды, галактоолигосахариды, инулин, лактулоза, лактитол. Пробиотики — препараты, состоящие из живых микроорганизмов или продуктов микробного происхождения. Они оказывают существенное влияние на состояние желудочно-кишечного тракта человека: синтез иммуноглобулинов, аминокислот, витаминов группы В, фолиевой кислоты, рост патогенных микроорганизмов, продукцию ферментов, эндогенного интерферона, сорбцию и выведение тяжелых металлов, обладают антитоксическим действием. Для производства препаратов, содержащих пробиотики, применяют следующие штаммы микроорганизмов: • лактобактерии (*L. acidophilus*, *L. bulgaricus*, *L. casei*, *L. rhamnosus*, *L. brevis*, *L. celloblosus*, *L. fermentum*, *L. plantarum*); бифидобактерии (*B. bifidum*, *B. infantis*, *B. breve*, *B. adolescentis*, *B. longum*, *B. animalis*, *B. thermophilum*); • грамм + кокки (*Streptococcus salivarius*, *S. Thermophilus*, *S. Diacetylactis*, *Enterococcus faecium*, *Lactococcus lactis* sp. *cremoris*). Пробиотики должны обладать антагонизмом к условно-патогенной и патогенной микрофлоре, устойчивостью к низкой pH желудочного сока, желчным кислотам и бактериоцинам, высокой адгезивной способностью к слизистой и низкой вероятностью транслокации через кишечный барьер.

Результаты 63 рандомизированных контролируемых клинических исследований были проанализированы в метаанализе, и было доказано, что назначение пробиотиков при ДБК у детей сокращает продолжительность диареи (в среднем на 24,76 часа) и частоту стула, при этом риски нежелательных явлений, связанных с данной группой препаратов, минимальны.

Реализация противоинфекционного действия пробиотиков заключается в антагонистическом влиянии на патогенные и условно патогенные микроорганизмы и реализуется путем снижения pH среды в просвете кишки (для кисломолочных штаммов), продукции бактериоцинов, обладающих антибиотикоподобными свойствами,



конкуренции за питательные вещества и сайты адгезии с патогенной и условно патогенной флорой, а также за счет оптимизации параметров муцинового слоя (для штаммов, способных к адгезии). Помимо повышения колонизационной резистентности микрофлоры, для пробиотиков характерно наличие иммулотропного влияния, заключающегося в индукции синтеза иммуноглобулинов (sIgA), лизоцима, интерферонов, стимуляции фагоцитоза, регуляции системы цитокинов и др. При этом иммулотропное влияние пробиотических штаммов у здоровых лиц не приводит к изменениям со стороны иммунной системы. В исследованиях было показано, что при пероральном введении комбинации пробиотиков *Lactobacillus rhamnosus* GR 1 и *Lactobacillus fermentum* RC 14 здоровым лицам изменений в уровнях сывороточного IgA и IgM не отмечалось, а сравнение титров антител (IgG, IgA и IgM), сывороточных цитокинов, ИЛ 2, ИЛ 6 и ИФН γ у здоровых добровольцев, получавших пробиотики и не получавших, показало, что терапия пробиотиками не влияет на их системные уровни. Данный факт свидетельствует об отсутствии иммуностимулирующего влияния пробиотиков у здоровых иммунокомпетентных лиц и подтверждает высокий профиль безопасности их применения. Следует подчеркнуть, что в экосистеме микробиоценоза толстой кишки детей базовые микроорганизмы представлены бифидобактериями, а у взрослых доминантами являются различные виды бактериоидов, но и бифидобактерии, лактобактерии, стафилококки, энтеробактерии, стрептококки и клостридии также являются неотъемлемыми компонентами микрофлоры. Несмотря на значимость каждого из компонентов микробиоценоза для функционирования данной экосистемы эти резидентные микроорганизмы нельзя автоматически считать пробиотическими видами.

В этой связи перед практическим врачом встает вопрос выбора пробиотического штамма для терапии ДБК у детей. Современный подход к пробиотической терапии подразумевает штаммспецифичный подход. Вышеприведенные **Результаты** клинических и научных исследований позволяют врачу выбирать как монокомпонентные, так и поликомпонентные пробиотические лекарственные средства для терапии ДБК у детей. Критерием выбора препарата являются свойства штаммов, входящих в его состав. Одним из таких средств является пробиотик IRID BC, который представлен в формах, предназначенных для применения и у детей (микрогранулы в саше). IRID BL — это сорбированный пробиотик, комплекс, содержащий в своем составе бифидо-лактобактерии класса *Bifidobacterium longum* 17x и *Propionibacterium avidum* I, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus bulgaricus*, *Streptococcus thermophilus* 108, 66-1413, *Streptococcus diacetylactis* 13c 65-64. В одной дозе препарата содержится не менее 10^9 живых особей и лечебные свойства препарата обусловлены заселением кишечника бифидобактериями и пропионобактериями, молочнокислыми бактериями, которые обеспечивают высокую локальную колонизацию слизистых оболочек, особенно толстого кишечника, нормализуют микрофлору кишечника. Использование данной технологии повышает биодоступность большей части пробиотических бактерий и обеспечивает максимум клинических эффектов входящих в состав препарата пробиотиков.



Вывод. Таким образом, оптимальный состав данного пробиотического средства (в него входят штаммы, демонстрирующие эффективность при ДБК), инновационная технология доставки действующего вещества и клинический опыт применения позволяют рекомендовать препарат для терапии острых инфекционных и неинфекционных диарей.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Назаров К.Д., Ганиев А. Г.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии
Андижанского государственного медицинского института.

Введение. Железодефицитная анемия (ЖДА) остается важнейшей медико-социальной проблемой в странах СНГ.

Актуальность данной проблемы определяется не только широким её распространением, а также в связи с развивающимися при ЖДА нарушениями на клеточном, органном и тканевом уровнях, итогом которых является снижение интеллекта, частая заболеваемость, дистрофия внутренних органов и дисгармония физического и полового развития детей. Установлено, что ЖДА наиболее распространенное заболевание. По данным ВОЗ, около 2 млрд. людей на земном шаре имеют дефицит железа (ДЖ), а у половины из них он представлен в своей крайней форме – ЖДА. Последний составляет примерно 80% от всех видов анемии. К наиболее уязвимым в отношении развития ЖДА группам населения относятся дети раннего возраста (до 3 лет), подростки (в большей степени девочки). Показано, что частота ЖДА зависит от географических, социальных, социально-бытовых условий населения.

Как известно, одним из часто встречающихся заболеваний у детей раннего возраста является железодефицитная анемия. При резко выраженных анемиях нарушаются также тканевое дыхание иммунологическая реактивность организма.

Целью настоящей работы является изучить особенности течения пневмонии у детей с ЖДА и своевременное проведение лечебно-профилактическое мероприятий.

Материалы и методы. Для установления особенностей течения пневмонии у детей с ЖДА проанализировали 50 историй болезни детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, находившихся в 2017-2018 годах на лечении по поводу пневмонии Харезмский ОДММЦ, где базируется кафедра «Госпитальной и поликлинической педиатрии». Из общего числа историй болезни 16 (32%) поступило в стационар с выраженной гипохромной анемией (1-группы). Колебания гемоглобина у них составляет ниже 110/100г/л первой группы, 6 (12%) находились на раннем искусственном вскармливании 23 (46%) составляет



смешенная, но и здесь питание было односторонним с преобладанием молочных продуктов, у 21 детей (42%) были на грудном вскармливании.

Пневмонии сопутствовали белково-энергетическая недостаточность у больных детей первой группы 26 (58%), рахит 1-2 степени - у 18 (36%), экссудативный диатез – у 6 (12%). При поступлении в стационар тяжелое состояние было у 6 (12%) детей, средне – тяжелое - у 13 (26%), относительно легкое – у 32 (64%). Для сравнения мы взяли другие 20 историй болезни детей, страдающих пневмонией, у которых отсутствовали явления железодефицитной анемии (2-я группа). страдающих пневмонией, у которых отсутствовали явления железодефицитной анемии (2-я группа).

Результаты исследования. У больных детей первой группы общее состояния улучшалось на седьмой-девятый день, у детей второй группы - уже на шестой-седьмой день. Температура тела соответственно нормализовалась, в основном, на третий, четвертый и второй-третий, четвертый и второй-третий день пребывания в стационаре: физикальные явления у больных детей первой группы исчезли на 11-12 день, рецидивы наблюдались у 5 (10%).

Заключение. В заключение следует отметить, что пневмония на фоне железодефицитной анемии у детей раннего возраста протекает более тяжело и на фоне преморбидных заболеваний, поэтому часто отмечается рецидивами и длительность пребывания в стационаре больных детей с пневмонией на фоне ЖДА значительно увеличивается. Лечебно-профилактические мероприятия, направленные для своевременного выявления и лечения ЖДА, безусловно помогут снизить заболеваемость и смертности среди детского населения.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Ганиев А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В последние десятилетия во всех странах мира, в том числе Республике Узбекистан, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости детей бронхиальной астмой (БА) и их более тяжелому течению. Широкое использование достижений биохимии, генетики и иммунологии в решении узловых вопросов аллергических заболеваниями внесло много нового в представление о формировании болезни. Однако, несмотря на достигнутые успехи, уровень контроля над течением заболевания нельзя считать удовлетворительным. Так, например, почти каждый третий больной БА как минимум 1 раз в месяц просыпается ночью в связи с симптомами астмы. Более половины больных имеют ограничения физической активности, более трети вынуждены пропускать занятия в школе.

Цель исследования. Изучить



особенности клинических проявлений бронхиальной астмы у детей и совершенствовать методы их противорецидивной терапии. Совершенствовать методы первичной и вторичной профилактики атопической бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. В ходе работы нами обследовано 58 детей школьного возраста (от 7 до 15 лет) с различными степенями тяжести БА. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей аналогичного возраста, не имеющих перенесенной патологии в последние 5 недель наблюдения. У наблюдаемых детей с БА изучались данные анамнеза и общеклинические показатели, проводились клинико-лабораторные, инструментальные, аллергологические и иммунологические исследования.

Результаты исследований. Изучение аллергологического анамнеза показали, что у большинства детей (68,4%) в детстве имело место аллергический диатез по типу экссудативно-катарального, у 47,4% больных – уртикарные сыпи на лице, спине, 15,8% страдали эпизодической и сезонной крапивницей, у 10,5% больных – непереносимость к антибиотикам. Указанные изменения свидетельствуют о наличии эквивалентных проявлений БА у наблюдаемых больных. У многих детей отмечалось сочетание бронхиальной астмы с атопическим дерматитом. У наблюдаемых нами детей с атопической бронхиальной астмой сопутствующий атопический дерматит отмечался в 58,3% случаев. Основу заболевания у таких детей часто составляет поливалентная сенсibilизация к аллергенам домашней пыли, эпидермальным, пищевым и лекарственным аллергенам. Течение бронхиальной астмы у таких детей часто тяжелое, сопровождалось выраженной эозинофилией и гипервентиляционными нарушениями. Важное место при бронхиальной астме у детей занимают гипервентиляционные нарушения, которые включают неадекватную гипервентиляционную реакцию на различные воздействия. Исследования показали, что у больных БА патологические отклонения в показателях красной крови отсутствуют. За исключением относительного и абсолютного количества эозинофилов. Количество последнего оказалось достоверно высоким у больных БА, что подтверждает о длительно сохраняющемся аллергическим процессом в организме. А еще эозинофилию считают одним из постоянных признаков аллергических заболеваний при этом, преобладание сегментоядерных нейтрофилов указывает на инфекционный генез заболевания.

Выводы. БА у детей сопровождается с яркими клиническими проявлениями. Изучение аллергологического анамнеза с достоверной точностью помогает диагностировать это заболевание, которое подтверждается или дополняется при генеологическом исследовании. У детей, страдающих бронхиальной астме, отмечаются в анамнезе наследственная отягощенность в отношении аллергических заболеваний, перенесенные инфекционные заболевания, выявляются признаки пищевой и лекарственной аллергии, поливалентной сенсibilизации организма к бытовым, эпидермальным и пыльцевым аллергенам. В периоде обострения заболевания у детей с бронхиальной астмы констатируются изменения гемограммы, свойственные



аллергическому воспалению и изменений функциональные показатели респираторного тракта.

ИННАВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ДИСФУНКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ

Гафуров А.А., Гафурова Ш.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Средства, которые применяются при анестезии, могут оказывать влияние на функциональное состояние кровообращения. Несмотря на значительные успехи фармакологии и анестезиологии, все еще отмечаются эпизоды гемодинамических, терморегуляторных и газообменных нарушений, которые особенно тяжело протекают у больных с сопутствующей патологией. В процессе анестезии и оперативного вмешательства оценка показателей гемодинамики играет важную роль в обеспечении адекватности анестезии. Большое значение в практике продолжают иметь наркотические (центральные) анальгетики, вследствие их непревзойденной особенности к болеутолению, уменьшением восприятия центральной нервной системой болевых импульсов.

Цель работы: изучить изменение гемодинамики в условиях комбинированной анестезии центральными анальгетиками при урологических операциях у детей.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты в возрасте от 4 до 12 лет, оперированных по поводу урологической патологии, которые были оперированы в отделении детской хирургии многопрофильной областной больницы Андижанской области. Для обеспечения анестезиологической защиты были использованы комбинированная анальгезия промедолом в сочетании с оксибутиратом натрия. Дети в возрасте от 3 – 5 лет составляли 28% от общего количества больных, дети от 6 - 9 лет – 36% и дети старшего возраста от 10 до 12 лет составляли 36%. У 69% обследованных нами больных наблюдались врожденный гидронефроз, а у 31% пациентов мочекаменная болезнь. Оценка эффективности комбинированных методов анестезии проводилась на основании клинических данных: наличие двигательных реакций, величина и реакция зрачков. На всех этапах оперативного вмешательства и анестезии осуществлялся мониторинг с оценкой показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС), сатурации кислорода (SpO₂), частоты дыхания (ЧД). Методом эхокардиографии исследованы показатели центральной и периферической гемодинамики.

Результаты и их обсуждения. С целью устранения беспокойства, предотвращения тошноты и рвоты, возможных вагусных влияний была назначена премедикация. На вводимом периоде анестезии наблюдалось увеличение ЧСС на



30,28% ($P < 0,05$), УПС на 21,47%, УИ на 9,21% по отношению к исходным своим значениям. В наиболее травматичные этапы операции отмечалось увеличение СИ, ЧСС, УИ соответственно на 34,26%, 40,55% и 13,12% ($P < 0,05$), а по сравнению с предыдущим этапом исследования эти показатели изменялись недостоверно. В конце операции по сравнению с этапом травматичного момента операции показатели центральной и периферической гемодинамики изменялись незначительно, что носит недостоверный характер. Несмотря на это можно утверждать, что гемодинамические показатели оставались в пределах оптимальных величин, и риска развития ишемии внутренних органов, в том числе головного мозга, не возникало. Промедол вызывает выраженную циркуляторную депрессию, обусловленную снижением тонуса сосудов. В эксперименте клинические концентрации промедола не угнетали сократимость, а авторы работы даже наблюдали в клинике рост МОК.

Выводы. Применение комбинированной анестезии промедолом и оксибутиратом натрия, сопровождалось незначительными, а также компенсированными изменениями основных показателей центральной и периферической гемодинамики, что свидетельствовало об эффективной анестезиологической защите детского организма от операционной травмы. Данный вариант анестезиологического пособия создает оптимальный режим функционирования центральной и периферической гемодинамики.

ИЗУЧЕНИЕ ОВАРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ.

Гафурова Д. К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Последние клинические рекомендации Европейского общества по репродукции и эмбриологии человека дают следующее определение преждевременной недостаточности яичников - клинический синдром, основным проявлением которого является прекращение функции яичников в возрасте до 40 лет, характеризующийся нарушением менструальной функции (олиго-/аменорея), повышением уровня гонадотропинов (фолликулостимулирующего гормона - ФСГ, лютеинизирующего гормона - ЛГ) и снижением концентрации эстрадиола. Возраст наступления менопаузы и прекращения функции яичников зависит от ряда факторов, которые принципиально можно разделить на две группы: модифицируемые (медицинские, социальные и факторы окружающей среды) и немодифицируемые (генетические). Гипотиреоз - одно из самых распространенных заболеваний эндокринной системы. Несмотря на хорошо изученные этиологию, патогенез и несложную диагностику, в ряде случаев заболевание остается долго не распознанным, что обусловлено медленным нарастанием тиреоидной недостаточности и соответственно, выраженности



клинической картины. Биологическое действие тиреоидных гормонов очень разнообразно: активируя транскрипцию многочисленных генов, они участвуют в регуляции основных физиологических процессов в организме, поэтому их дефицит может проявляться широким разнообразием клинических проявлений и симптомов и имитировать заболевания практически всех систем организма.

Цель исследования: Изучить клинико-метаболическую характеристику репродуктивных нарушений при гипотиреозе у женщин и прогнозирование овариальной недостаточности.

Задачи исследования: Исследовать спектр и частоту встречаемости репродуктивных нарушений у женщин с субклиническим и манифестным гипотиреозом. Разработать алгоритм ранней диагностики и прогнозирования нарушения фертильности у женщин с гипотиреозом.

Материалы и методы исследования: Будут исследованы 130 женщин репродуктивного возраста от 16 до 49 лет разделенные на 3 группы. Будут использованы лабораторные, инструментальные методы исследования, а также метод анкетирования и статической обработки.

В результате нашего исследования будет разработан алгоритм ранней диагностики и прогнозирования нарушения фертильности у женщин с гипотиреозом охарактеризованы новые ключевые маркеры прогнозирования овариальной недостаточности, а также оптимизирован алгоритм ранней диагностики овариальной недостаточности у женщин фертильного возраста с гипотиреозом.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ИНФАСУРФ» У НОВОРОЖДЕННЫХ С АНОМАЛИЯМИ ЛЕГКИХ

Гафурова Ш.М., Гафуров А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди всех патологий у детей, которые родились раньше положенного времени, особенно часто встречаются проблемы с дыханием. Их диагностируют у 30-80% преждевременно родившихся младенцев. При их лечении используют кислород, чем провоцируют появление другой патологии. Высокая частота проблем с дыхательной системой у недоношенных младенцев связана с тем, что у таких малышей не успевает созреть система сурфактанта. Так называют вещества, которые покрывают альвеолы легких изнутри и не дают им слипаться во время выдоха. Они начинают образовываться в легких плода с 20-24 недель беременности, но полностью покрывают альвеолы лишь к 35-36 неделе. Во время родов сурфактант синтезируется особенно активно, чтобы легкие новорожденного сразу же расправились и малыш начал дышать. У недоношенных младенцев такого сурфактанта недостаточно, а многие



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



патологии (асфиксия во время родов, диабет у беременной, хроническая гипоксия плода во время вынашивания и другие) угнетают его образование. Если у малыша развивается инфекция дыхательных путей, сурфактант разрушается и инактивируется. В результате альвеолы недостаточно расправляются и спадаются, что становится причиной повреждения легких и ухудшения газообмена.

Целью исследования явилось определение эффективности применения препарата сурфактанта «Инфасурф» у новорожденных с тяжелыми аномалиями легких.

Материал и методы исследования. Проводилось обследование у 25 новорожденных, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии (2 этап оказания реанимационно-интенсивной помощи новорожденным). Состояние у 85 % детей при поступлении расценено как крайне тяжелое, у 10 % — как тяжелое. Тяжесть состояния определялась полиорганными нарушениями. У всех новорожденных ведущими в клинической картине были симптомы дыхательной недостаточности тяжелой степени, что требовало проведение ИВЛ. Верификация диагноза проводилась на основании совокупности клинических и рентгенологических данных. В комплекс лечебных мероприятий входило создание оптимального температурного режима, влажности, проведение респираторной терапии (традиционной ИВЛ в режиме CMV респиратор Servo I), инфузионной, кардиотонической терапии, частичного парентерального, энтерального питания, антибактериальной и посиндромной терапии. В динамике проводилось исследование газов крови, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ головного мозга, мониторинг пульсоксиметрии, неинвазивного измерения АД, периферической температуры тела, контроль диуреза. Анализ крови на определение КОС (анализатор ABL 800 Radiometer) проводился через 1, 6, 12, 24 часа после введения курсурфа, затем по мере необходимости. Одновременно фиксировались параметры ИВЛ (PIP, PEEP, MAP, FiO₂). Рентгенография органов грудной клетки проводилась через 1 час после введения препарата и затем через 1 сутки и далее по показаниям. Раствор препарата «Инфасурф» готовили непосредственно перед применением, следуя инструкции. Стартовая доза у недоношенных детей соответствовала - 3 мл / кг (105 мг / кг) массы тела. Препарат вводили только в трахею с помощью эндотрахеальной трубки. Дозу вводить в шприц (20 G) или в шприц с большим размером иглы из ампулы одноразового использования, осторожно, чтобы предотвратить образование пены. Если применение препарата осуществляется с помощью катетера, помещенного в эндотрахеальную трубку, то «Инфасурф» следует вводить 4 раза равными дозами по 0,75 мл / кг с перемещением катетера после каждой из 4-х введений для восстановления вентиляции на 0,5-2 минуте. Каждую из 4-х равных доз необходимо вводить в положении ребенка лежа на животе, на спине, на правом и левом боку для более эффективного распределения сурфактанта в организме.

Результаты. Клиническая эффективность применения «Инфасурф» оценивалась по улучшению аускультативной и рентгенологической картины в легких. Отмечалось снижение длительности пребывания больных новорожденных на ИВЛ,



длительность пребывания в ОРИТН и развития осложнений основного заболевания. Пациенты с пневмонией быстрее снимались с ИВЛ и в последующем переводились на НСРАР. Развитие ранних осложнений при применении сурфактанта «Инфасурф» таких как: синдром утечки воздуха, периинтравентрикулярное кровоизлияние, легочное кровотечение не отмечалось ни в одном случае. Катамнез детей обследованных в данном исследовании находится в стадии изучения.

Выводы. В результате установлено, что отсроченное лечебное **Введение** сурфактанта «Инфасурф» у недоношенных новорожденных с РДС и пневмонией, привело к снижению длительности нахождения на ИВЛ, пребывания в ОРИТН. «Инфасурф» является эффективным препаратом при лечении синдрома аспирации мекония, пневмонии, что требует проведения дальнейших исследований.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛЬТОФЕРА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Гафурова Ш.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Железодефицитная анемия является наиболее частой формой среди всех анемий детского возраста. По данным ВОЗ дефицит железа, в той или иной степени выраженности, имеется почти у 30% населения планеты. Наибольший риск развития железодефицитной анемии, особенно в развивающихся странах, и это подчеркивается большинством исследователей, имеют дети раннего и пубертатного возраста, а также женщины детородного периода. Частота анемии, по данным Минздрава Узбекистане, за последние 10 лет увеличилась в несколько раз. Однако истинная частота железодефицитной анемии в детской популяции неизвестна и по данным разных авторов, распространенность ее колеблется от 5,0% до 54%.

Цель. Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения мальтофера в лечении железодефицитной анемии у девушек подростков.

Материал и методы. Проведено проспективное обследование 220 подростков с определением у них общего анализа крови, в результате которой сформировалась основная группа, состоящая из 110 девушек-подростков в возрасте от 12 до 17 лет. Целесообразным явилось разделение девушек на возрастные промежутки: основная группа - 46 девушек в возрасте 12-14 лет и 64 девушки в возрасте 15-17 лет.

Результаты. Все девочки-подростки основной группы получали препарат мальтофер по 1 таблетке 3 раза в день до нормализации уровня гемоглобина, а в течение последующих 8 – 12 недель дозировалась поддерживающая терапия (по 1 таблетке 2 раза в день). Первые 3 – 5 дней назначали половинную дозу железа, в связи с возможным развитием идиосинкразии к препарату. Эффективность лечения определяли по



ретикулоцитарному кризу на 10 – 14 день применения препарата железа, нарастанию гемоглобина на 3 – 5 г/л в неделю.

С **Целью** коррекции гормонального фона применялись комбинированные эстрогенестагенные препараты (ярина, марвелон, нон-овлон), являющиеся препаратами выбора в лечении подростков. Лечение длилось 21 день, начиная с первого дня менструального кровотечения, с семидневным перерывом и продолжалось в течение последующих 3 месяцев. При лечении ювенильных маточных кровотечений (ЮМК) была выполнена как остановка маточного кровотечения, так и нормализация менструальной функции. Проведенное комплексное лечение (гемостатические и в отдельных случаях гормональные средства в сочетании с препаратами железа) привело к положительному результату у девушек подростков обеих основных групп. Достоверные различия выявлены во всех показателях крови до и после лечения: 1 группа - повышение гемоглобина на 23,6%, эритроцитов на 7,8%, ЦП на 9,9%, СЖ на 36,4%, СФ на 44,0%, КНТ на 41,4%, снижение ОЖСС на 13,4% и эритропоэтина на 30,2%; 2 группа - повышение гемоглобина на 41,6%, эритроцитов на 5,1%, ЦП на 17,1%, СЖ на 83,2%, СФ на 81,9%, КНТ на 121,9%, снижение ОЖСС на 14,0% и эритропоэтина на 76,7%. Индексы отношений основных гормонов до лечения и после лечения (ФСГ/ЛГ и эстрадиол/прогестерон) также имели положительную динамику: 1 группа – до лечения 0,61 и 20,7; после- 0,7и 11,90 соответственно; 2 группа- до лечения 0,58 и 18,46; после 1,0 и 10,97 соответственно.

Закключение. Полученные данные обосновывают эффективность применения мальтофера в лечении железодефицитной анемии у девушек-подростков. Краткое резюме на русском языке Железодефицитная анемия является наиболее частой формой среди всех анемий детского возраста. Проведено проспективное обследование 382 подростков с определением у них общего анализа крови, в результате которой сформировалась основная группа, состоящая из 110 девушек-подростков в возрасте от 12 до 17 лет. Полученные данные обосновывают эффективность применения мальтофера в лечении железодефицитной анемии у девушек-подростков.

ЧАСТОТА АНЕМИИ У ПЕРВО- И ПОВТОРОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Гафурова Ш.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Железодефицитная анемия – частое коморбидное заболевание во время беременности (38-40%), которая может вызывать серьезные осложнения и неблагоприятные исходы как для матери, так и для плода и новорожденного. В литературе имеются суждения о том, что высокий индекс массы тела (ИМТ) связан с более высоким уровнем гемоглобина, а низкий ИМТ – с увеличением



риска анемии. В других исследованиях получены данные о том, что ожирение может увеличивать дефицит железа.

Цель исследования – изучить частоту железодефицитной анемии в ранние сроки и в конце беременности с учетом индекса массы тела у перво- и повторнородящих женщин.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 200 историй родов на базе родильного дома №3 г. Андижане, в том числе, 100 женщин с первыми родами (группа I), 100 – со вторыми родами (группа II). Для диагностики ЖДА использовались критерии ВОЗ (2001). Расчет ИМТ проводился в I триместре беременности с учетом рекомендаций ВОЗ (2013). Статистический анализ выполнялся в программе “Statistica v.10”.

Результаты. В 1 триместре беременности в группе первородящих (n=100) частота ЖДА составила 8,77% , у повторнородящих 9,63% . Ближе к концу периода гестации диагноз ЖДА был у 34,74% и 37,54% женщин. Статистически значимые различия получены при анализе частоты ЖДА в динамике в I группе (p=0,0082) и II группе (p=0,0040). Низкий ИМТ (<18,5 кг/м²) отмечен у 35 и 16 женщин соответственно двум анализируемым группам. Частота ЖДА в 1 триместре выявлена у 8,57% и 25% пациенток. В конце беременности процент женщин с дефицитом массы тела, имеющих ЖДА, был 25,71% и 37,50% . Статистически значимых различий у женщин с низким ИМТ мы не получили.

Избыточная масса тела и ожирение (ИМТ>24,9 кг/м²) диагностированы у 64 женщин I группы и 61 – из II группы. В I триместре ЖДА была выявлена у 7,81% и 5,79% женщин. В последние недели беременности данные показатели составили 32,43% и 32,23% соответственно в двух группах. При высоком ИМТ мы также не получили статистически значимых различий при динамическом изучении ЖДА. Нормальный ИМТ (18,5-24,9 кг/м²) был у 59 первородящих и 64 повторнородящих женщин. В начале беременности у 9,10% женщин I группы была диагностирована ЖДА, а во II группе – у 10,98%. Во второй половине беременности данный показатель составил соответственно 36,84% и 41,46% . У данных женщин мы получили статистически значимые различия между частотой ЖДА в начале и в конце беременности, как в группе первородящих (p=0,0196), так и повторнородящих (p=0,0220). Мы изучили частоту диагностики ЖДА в I II группах с учетом прибавки массы тела во время беременности (меньше 5 кг, 5-10 кг, 10-15 кг, больше 15 кг). В I группе частота ЖДА в конце гестации в соответствии с выбранными весовыми параметрами составила 18,18%, 20,41%, 30,17%, 51,39%. Во II группе аналогичные показатели частоты ЖДА представлены как 28,57%, 35,95%, 42,55%, 32,43%.

Заключение. Мы не получили статистически значимых различий в частоте ЖДА в группах с дефицитом массы тела и ожирением в начале и конце беременности. Оказалось, что частота анемии, диагностируемой в конце беременности, прямо пропорциональна прибавке веса. Вероятно, диагностика ЖДА при беременности на основании определения гемоглобина недостаточна.



РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Гафурова Ш.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Основной причиной смерти каждого третьего умершего является несвоевременная диагностика и лечение послеоперационных осложнений, в результате которых развиваются необратимые изменения вследствие эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности.

Подавляющее большинство послеоперационных патологических процессов сопровождается признаками абдоминальной гипертензии на ранних стадиях. В ряде научных работ были изучены патоморфологические процессы, происходящие в организме при синдроме абдоминальной гипертензии, выделены различные синдромы, стадии, фазисы патологического процесса, рассмотрены вопросы тактики и различных схем лечения. Однако до сих пор не существует обоснованной программы выявления хирургических осложнений в раннем послеоперационном периоде, который мог бы последовательно, переходя от менее сложных к более инвазивным методам диагностики, устанавливать отклонения от нормального течения и определять показания к повторному хирургическому вмешательству.

Цель исследования. Улучшить **Результаты** лечения пациентов, оперированных абдоминальным доступом, путем разработки и систематизации методов ранней диагностики осложнений, возникающих в послеоперационном периоде, для их своевременного выявления и устранения малоинвазивными методами.

Материалы и методы исследования. Это исследование основано на результатах комплексного обследования и лечения 119 пациентов, которые были обследованы и пролечены в АООС в Андижане.

Результаты исследований. По частоте осложнений, несомненно, преобладает острая кишечная непроходимость - 66 (55,4%) пациентов, несколько меньше послеоперационный перитонит - 54 (45,3%), из которых у 12 пациентов выявлено сочетание перитонита и кишечной непроходимости, в 8 случаях абсцессы брюшной полости в сочетании при нагноении операционной раны или подкожной эвентрации у 3 пациентов послеоперационный период осложнился внутрибрюшным кровотечением. В число пациентов, которых мы наблюдали, входили те, кто перенес релапаротомию "по требованию", где требовались убедительные диагностические обоснования, "запрограммированные" санирующие релапаротомии не были предметом нашего исследования. Основную группу составили 70 пациентов, перенесших повторную операцию, у которых использовалась диагностика на ранней стадии, а группу сравнения составили 49 пациентов с идентичными осложнениями послеоперационного периода.



Следует отметить, что у ряда пациентов наблюдался синдром острой воспалительной реакции. Наиболее выражено это было в группе сравнения у 40 пациентов, и в меньшей степени в основной группе - у 22 пациентов. Признаки полиорганной недостаточности, по данным клинических и лабораторных исследований, были отмечены у 88 (82,2%) пациентов. В большинстве случаев, у 62 пациентов (70%), это была компенсированная и субкомпенсированная фаза осложнения.

Чтобы охарактеризовать тяжесть состояния пациента и определить тактику лечения, важно было определить распространенность перитонита.

Для интегральной оценки тяжести состояния пациента мы использовали шкалы APACHE-II и MODS-II. Для оценки по шкале APACHE-II были взяты наихудшие значения в первые 24 часа с момента клинических проявлений патологического процесса. Общее количество "физиологических" баллов суммируется с баллами за возраст (от 0 до 6) и баллами за оценку хронических заболеваний у пациентов с органной недостаточностью (от 2 до 5, в зависимости от необходимости и срочности хирургического лечения).

Выводы. Всестороннее пошаговое исследование и сравнение клинических и лабораторных, рентгенологических данных, а также динамики изменений внутрибрюшного давления и прогрессирования полиорганной недостаточности по шкалам MODS-II и ARASSH-I через 16 часов указывает на переход локальной фазы в общую. стадия развития некроза тканей, повышенной проницаемости стенки кишечника и выделения пота в брюшную полость, то есть развитие перитонита.

Основными ранними информативными признаками осложненного течения послеоперационного периода следует считать повышение APACHE более чем на 10 баллов, SIAG-1-я степень с нарушением центральной гемодинамики, PIR по шкале J. Pisajo от 8 баллов и выше, положительные значения прокальцитонина, ультразвуковые и рентгенологические признаки кишечной гипертензии.

Решение о проведении повторного хирургического вмешательства или об исключении его необходимости должно приниматься только на основании комплексного обследования пациента с включением основных параметров клинических лабораторных и лучевых методов исследования в короткие сроки и не позднее чем через 16 часов после появления признаков кишечной гипертензии.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ЗАЖИВШИХ ОЖГОВЫХ РАН

Глуткин А.В., Бояров А.Д.

Гродненский государственный медицинский университет

Термическая травма является одной из распространённых повреждений среди детского населения. Основная задача хирурга – это максимально быстро восстановить кожные покровы. Несмотря на значительные достижения, в общем, и местном лечении



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ожоговых пациентов, остается вопрос совершенствование методов лечения на этапе медицинской реабилитации. Поэтому разработка алгоритмов лечения на этапе заживших ожоговых ран является актуальным аспектом в настоящее время.

Цель исследования: разработать алгоритм ведения заживших ожоговых ран

Материал и методы исследования. Проведено наблюдение и лечение 85 человек перенесших термический ожог, с наличием послеожоговых рубцов. На основании подходов к их терапии, разработан алгоритм лечения в первые 6 месяцев и представлены основные его составляющие.

Результаты исследования. I этап (после заживления ран при ожогах кожи I-II (1 степени по МКБ-10) степени): После заживления ран оценивают состояние кожи по шкале оценки рубцов POSAS (Patient and Observer Scar Assessment Scale); ежедневно проводят обработку кожи увлажняющими и смягчающими косметическими средствами (эмолентами) в течение 1 месяца по мере высыхания на коже; ограничение воздействия ультрафиолетового излучения на пораженные участки; при пребывании на солнце обработка открытых участков кожи солнцезащитным кремом с фактором защиты 50+ (SPF<50); проводится контрольный осмотр через 1 месяц после выписки.

II этап (через 1 месяц после заживления ран при ожогах кожи I-II (1 степени по МКБ-10) степени). Аналогично что и после выписке. При наличии признаков рубцевания: медицинский силикон на область рубцов (на область лица, шеи, кистей гелевые формы или пластыри, на остальные участки эластомеры; могут использоваться под компрессионное белье, преимущественно на ночь) или гидрогелевые повязки; контроль через 1 месяц (при наличии рубцов продолжить терапию согласно III этапа при ожогах III-IV степени).

I этап (после заживления ран при ожогах кожи III-IV (2-3 степени по МКБ-10) степени), оценка состояния рубцовых поражений по шкале POSAS)): ежедневно проводят обработку кожи увлажняющими и смягчающими косметическими средствами (эмолентами) по мере высыхания на коже; при наличии кожного зуда использование мазей/кремов содержащих бетаметазон (нанесение на кожу в виде штрихпунктирных линий, кратность не более 2-х раз в день); ограничение ультрафиолетовых инсоляций на область пораженных участков; при пребывании на солнце обработка открытых участков пораженной кожи солнцезащитными кремами SPF<50; ношение компрессионного трикотажа или бинтование областей поражения когезивными бинтами, или бинтование эластичными бинтами в течение 20-23 часов в сутки; лечебная физкультура (при наличии контрактуры: ежедневно до получения полного восстановления функций); корректирующие лангеты по показаниям (постоянно или только на ночь (зависит от стабильности клинических проявлений)).

II этап (через 1 месяц после заживления ран при ожогах кожи III-IV (2-3 степени по МКБ-10) степени), оценка состояния рубцовых поражений по шкале POSAS)) осуществляются все те мероприятия, что в I этапе.



III этап (через 3 месяца после заживления ран при ожогах кожи III-IV (2-3 степени по МКБ-10) степени), оценка состояния рубцовых поражений по шкале POSAS)): ежедневно проводят обработку кожи увлажняющими и смягчающими косметическими средствами (эмолентами) по мере высыхания на коже; при наличии кожного зуда использование мазей/кремов содержащих бетаметазон (нанесение на кожу в виде штрихпунктирных линий, кратность не более 2-х раз в день); ограничение ультрафиолетовых инсоляций на область рубцов в течение года; при пребывании на солнце обработка открытых участков пораженной кожи солнцезащитными кремами SPF<50; ношение компрессионного трикотажа или бинтование областей поражения когезивными бинтами, или бинтование эластичными бинтами в течение 20-23 часов в сутки; медицинский силикон на область рубцов (на область лица, шеи, кистей гелевые формы или пластыри, на остальные участки эластомеры или гидрогелевые повязки; использование на область рубцов ферментативных кремов и мазей (ферментные средства из коллагеназ гидробионтов или гиалуронидаза); магнитотерапия или биопротон №5 на область рубцов; электрофорез с ферментативными препаратами (гиалуронидаза или ферментными средствами из коллагеназ гидробионтов) №10 на область рубцов; ультразвук на область рубцов №10 с гидрокортизоновой мазью (перед проведением процедуры необходим перерыв 2 недели после электрофореза, если его выполняли). При наличии повреждений на функциональных участках тела: лечебная физкультура (при нарушении функции в суставах): ежедневно до получения полного восстановления функций; корректирующие лангеты по показаниям (постоянно или только на ночь (зависит от стабильности клинических проявлений)).

IV этап (через 5-6 месяцев после заживления ран (при ожогах кожи III-IV (2-3 степени по МКБ-10) степени), оценка состояния рубцовых поражений по шкале POSAS)): ежедневно проводят обработку кожи увлажняющими и смягчающими косметическими средствами (эмолентами) по мере высыхания на коже; при наличии кожного зуда использование мазей/кремов содержащих бетаметазон (нанесение на кожу в виде штрихпунктирных линий, кратность не более 2-х раз в день); ограничение ультрафиолетовых инсоляций на область рубцов в течение года; при пребывании на солнце обработка открытых участков пораженной кожи солнцезащитными кремами SPF<50; ношение компрессионного трикотажа или бинтование областей поражения когезивными бинтами, или бинтование эластичными бинтами в течение 20-23 часов в сутки; лазеротерапия углекислым лазером; микронидлинг на область обширных рубцов с аппликацией суспензии кортикостероидных гормонов (курс определяется индивидуально); в ограниченные рубцы **Введение** суспензий кортикостероидных гормонов (курс определяется индивидуально), при нарушении функции в суставах I-IV степени: иссечение и рассечение рубцов, устранение контрактур и деформации.

Повторение курсов: использование на область рубцов ферментативных кремов и мазей (ферментные средства из коллагеназ гидробионтов или гиалуронидаза).



☒ Магнитотерапия или биоптрон №5 на область рубцов, электрофорез с ферментативными препаратами (гиалуронидаза или ферментными средствами из коллагеназ гидробионтов) №10 на область рубцов; ультразвук на область рубцов №10 с гидрокортизоновой мазью (перед проведением процедуры необходим перерыв 2 недели после электрофореза, если его выполняли). При наличии повреждений на функциональных участках тела: лечебная физкультура (при нарушении функции в суставах): ежедневно до получения полного восстановления функций; корректирующие лангеты по показаниям (постоянно или только на ночь (зависит от стабильности клинических проявлений)); применение тепловых процедур (ванны хвойные, радоновые, сероводородные, углекислые) № 15 на курс лечения; парафиновых аппликаций 10-15 на курс; грязелечение (сапропели) на курс 10-15 процедур. Ручной и подводный массаж на курс 10-15 процедур; при нарушении функции в суставах I-IV степени: иссечение и рассечение рубцов, устранение контрактур и деформации.

Выводы. Таким образом, только при индивидуальном подходе в лечении последствий термической травмы возможно добиться положительной динамики со стороны рубцовой ткани, что позволит улучшить качество жизни ребенка и его психический статус.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ КИСЛОРОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Глуткина Н.В.1, Зинчук Вл.В.2, Норик С.Ф.2

1-Гродненский государственный медицинский университет

2-Гродненская университетская клиника

Хроническая респираторная патология охватывает более 1 млрд людей во всех странах мира. Заболеваемость саркоидозом в Республике Беларусь составляет 3,9 на 100.000. Основную группу пациентов с данным заболеванием составляют лица молодого возраста. Коронавирусная инфекция COVID-19 характеризуется выраженными признаками кислородной недостаточности.

Особую роль в течение данной патологии может иметь нарушения кислородтранспортной функции крови. Изменение сродства гемоглобина к кислороду является одним из основных факторов компенсации кислородной недостаточности различной природы и лежит в основе процессов адаптации к гипоксии.

Цель исследования: изучение механизмов развития кислородной недостаточности у пациентов с заболеваниями легких

Материал и методы исследования. Объектом исследования являлись 30 пациентов с заболеваниями легких: первую группа включала в себя 15 лиц с коронавирусной инфекцией COVID-19, диагноз был установлен на основании



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



верификации вируса при качественном определении РНК SARS-CoV-2 в соскобе клеток ротоглотки методом полимеразной цепной реакции, а также на основании типичной клинической картины и характерных для данной патологии изменений в легких по данным рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки. Вторую группу составляли 15 пациентов с саркоидозом легочно-медиастинальная формой, диагноз был установлен на основании данных рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки, а также гистологического исследования биоптатов грудных лимфатических узлов и легочной ткани. Группа сравнения состояла из 15 соматически здоровых лиц (5 женщин; 10 мужчин).

При поступлении в стационар из локтевой вены на фоне восстановленного оттока забирали кровь, в которой определяли парциальное давление кислорода (pO_2), и углекислого газа (pCO_2), pH, степень насыщения крови кислородом (SO_2) на газоанализаторе Stat Profile pHox plus L (США). Рассчитывались показатели кислотно-основного состояния по номограммам Siggaard-Andersen: стандартный бикарбонат (SBC), реальный/стандартный недостаток (избыток) буферных оснований (ABE/SBE), гидрокарбонат (HCO_3^-), общая углекислота плазмы крови (TCO_2). Оценивали, сродство гемоглобина к кислороду по показателю $p50$ (pO_2 крови при 50% насыщении её кислородом). На основании формул Severinghaus J.W. [4] рассчитывали $p50$ при стандартных pH, pCO_2 и температуре ($p50_{станд}$) и положение кривой диссоциации оксигемоглобина. Использовались методы непараметрической статистики с применением программы "Statistica 10.0".

Результаты исследования. У пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 по сравнению со здоровыми лицами, наблюдалось снижение SO_2 , pCO_2 увеличение pH крови. Выявлен рост показателя $p50_{станд}$ (на 14,0 %, $p < 0,05$), что, очевидно, является типичной реакцией на гипоксию в тканях, возникшую из-за недостаточности легочного кровообращения. Значения других показателей не отличались от аналогичных у здоровых лиц. Показатель $p50_{реал}$ увеличился по сравнению с контрольной группой на 6,4 %, $p < 0,05$. Следует обратить внимание на возникший сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина к кислороду вправо. Вероятно, это связано с некоторым истощением компенсаторной реакции организма, на что указывает уменьшение содержания pO_2 и SO_2 .

При саркоидозе легочно-медиастинальной формы по сравнению со здоровыми лицами, наблюдалось снижение SO_2 (с 65,4 (60,6; 67,8) до 41,50 (36,0; 49,8), $p < 0,05$, %), pO_2 (с 40,0 (38,0; 47,0) до 23,0 (18,3; 29,0), $p < 0,05$, мм рт.ст.) увеличение pH крови. Выявлено снижение показателя $p50_{реал}$ (26,80 (24,70; 31,40), $p < 0,05$, в сравнении со здоровыми 28,2 (27,9; 29,1) мм рт.ст.), при неизменном $p50_{станд}$, что, очевидно, является ответом на гипоксию в тканях, возникшую из-за недостаточности легочного кровообращения. Отмечаемое повышение сродства гемоглобина к кислороду участвует в развитие возникающей гипоксии.



Выводы. Таким образом, у пациентов коронавирусной инфекцией COVID-19 отмечается ухудшение основных показателей оксигенации крови (pO_2 , SO_2) и рост сродства гемоглобина к кислороду. Выявленные изменения кислородсвязующих свойств гемоглобина связаны с изменением состояния системы газотрансмиттеров (монооксида азота и сероводорода), что имеет значение в патогенезе гипоксии, возникающей при этой патологии.

При саркоидозе легочно-медиастинальной формы наблюдается ухудшение кислородсвязующих свойств крови, и как следствие, снижение адекватного обеспечения кровотоком тканевых потребностей в кислороде.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.

Гафуров З.К., Сидиков М.П., Исламова З.К.

**Андижанский Государственный медицинский институт,
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**

С 2015 по 2019 годы в отделении торакососудистой хирургии АФ РНЦЭМП находились на лечении 394 пациента госпитализированных по поводу легочных кровотечений.

Из них мужчин было 206 (52,2%), женщин 188 (47,7%). Возраст больных от 18 до 70 лет. При поступлении у 32 (8,1%) пациентов преобладала клиника тяжелой постгеморрагической анемии, у 76 (19,2%) преобладала выраженная интоксикация и дыхательная недостаточность, в 11(2,8%) случаях пациенты с онкопроцессом поступившие в ночное время, 35(8,9%) пациентов с кардиологической патологией. У 240(61%) пациентов эпизоды не связаны с какой-либо патологией и возникли на фоне относительно благополучного состояния.

Жалобы на одышку и чувство нехватки воздуха в 284(72%) случаях, на общую слабость в 178(45%) наблюдениях, повышение температуры тела у 97(24,6%) пациентов, боли в той или иной половине грудной клетки в 92(23,3%) наблюдениях, кашель с выделением насыщенной кровянистой мокроты в 273(69,2%) случаях, эпизод кровотечения «полным ртом» у 117(29,6%) пациентов и в 4(1%) наблюдениях профузное кровотечение.

Все пациенты обследованы согласно клиническим протоколам действующим в системе РНЦЭМП. Анемия той или иной степени выявлена у 382(97%) пациентов, у 12(3%) пациентов с кровохарканьем красная часть крови в норме, лейкоцитоз выявлен в 123(31,2%) наблюдениях, снижение общего белка в 189(48%) случаях.

Полипозиционная рентгеноскопия и рентгенография выявила наличие воспаления в 147(37,3%) наблюдениях, увеличенные границы сердца в 53(11,4%) случаях, наличие



онкологического процесса в 11(2,8) наблюдении, у 14(3,5%) пациентов выявлено наличие осложненных эхинококковых кист. В 169(43%) случаях рентгенологическое обследование патологии не выявило.

После проведения краткосрочного курса гемостатической терапии 342(%) пациентам проведены диагностические трахеобронхофиброскопии, При этом в 153(44,8%) случаях выявлены множественные эрозии явившиеся причиной кровотечения, в 23(6,7%) наблюдениях наличие не диагностированного онкологического процесса, и в 166(48,5%) случаях объём проведенного обследования патологии со стороны трахеобронхиального дерева не выявил.

Таким образом, пациенты с легочными кровотечениями нуждаются в госпитализации и обследовании для выявления причины кровотечения и решения вопросов дальнейшей тактики лечения. Отдельно необходимо сказать о месте и роли бронхофиброскопии в диагностике и лечении пациентов с данной патологией.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ.

Гафуров З.К., Сидиков М.П., Исламова З.К.

**Андижанский Государственный медицинский институт,
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП)**

С 2015 по 2019 годы в отделении торакососудистой хирургии АФ РНЦЭМП находились на лечении 394 пациента госпитализированных по поводу легочных кровотечений.

Из них мужчин было 206 (52,2%), женщин 188 (47,7%). Возраст больных от 18 до 70 лет. При поступлении у 32 (8,1%) пациентов преобладала клиника тяжелой постгеморрагической анемии, у 76 (19,2%) преобладала выраженная интоксикация и дыхательная недостаточность, в 11(2,8%) случаях пациенты с онкопроцессом поступившие в ночное время, 35(8,9%) пациентов с кардиологической патологией. У 240(61%) пациентов эпизоды не связаны с какой-либо патологией и возникли на фоне относительно благополучного состояния.

Пациенты жаловались на чувство нехватки воздуха в 284(72%) случаях, на слабость в 178(45%) наблюдениях, гипертермии 97(24,6%) пациентов, боли в грудной клетке 92(23,3%) наблюдения.

Кашель с кровянистой мокротой в 273(69,2%) случаях, эпизод кровотечения «полным ртом» у 117(29,6%) пациентов и в 4(1%) наблюдениях профузное кровотечение.

Анемия выявлена у 382(97%) пациентов, у 12(3%) красная часть крови в норме, лейкоцитоз в 123(31,2%) наблюдениях, снижение общего белка в 189(48%) случаях.



В 147(37,3%) наблюдениях рентгенологически выявлено наличие пневмонических фокусов, из них в 39(26,5%) с деструктивной полостью, ателектаз доли легкого в 5(1,2%) случаях, в 11(2,8) наблюдениях ранее диагностированный онкологический процесс подтвержден, у 14(3,5%) пациентов выявлено наличие осложненных эхинококковых кист. В 169(43%) случаях рентгенологическое обследование патологии не выявило.

Всем пациентам сразу по поступлении в отделение проводилась гемостатическая терапия согласно протоколам действующим в системе РНЦЭМП, в подавляющем большинстве случаев 341(86,5%) достигнут стойкий медикаментозный гемостаз, в остальных 53(13,5%) случаях проводились повторные курсы гемостатической терапии, в 4(1%) случаях окклюзия просвета бронха посредством ригидной бронхоскопии, в 41(10,4%) наблюдениях выполнены экстренные вмешательства с резекцией или же органосохраняющей операцией.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно утверждать, что пациенты с легочными кровотечениями нуждаются в обязательной госпитализации и обследовании. Консервативная терапия в подавляющем числе наблюдений позволяет добиться стойкой остановки кровотечения, при продолжающемся легочном кровотечении методом выбора, является тампонирование просвета бронха посредством ригидной бронхоскопии. При выявлении объемных процессов легкого, являющихся источниками кровотечения необходимо проведение оперативных вмешательств органосохраняющего или же резекционного характера.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ КОЖНО-ПРОТЕЗНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Гуламов О.М., Мухамедов Б.З. Ташкенбаев Ф.Р., Махсудов М.Т. Азизов Т.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им акад. В.Вахидова»

Актуальность. За последние десятилетия прогресс в области герниологии был достигнут за счет внедрения и широкого применения протезных материалов. Методики оперативного лечения, основанные на закрытии дефекта с помощью собственных тканей пациента, имеют крайне низкую эффективность, у различных авторов с частотой рецидивов до 63% (Deerenberg E.B.). Основным способом лечения пациентов с вентральными грыжами стала протезирующая пластика, применение которой позволило снизить этот показатель при трехлетнем наблюдении до интервала 1–24% (Vorst A.L.). Оперативное лечение путем реконструкции и коррекции передней брюшной стенки на сегодняшний день с точки зрения доказательной медицины является методом выбора (Jensen K.). Наиболее частыми проблемами после аллогерниопластики считаются инфекционные осложнения, протезные свищи, иногда спаечный процесс в брюшной



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



полости (Hodgkinson J.D). В зависимости от наличия сопутствующих заболеваний пациента, самой грыжи, вида пластики и других факторов частота гнойных осложнений, связанных с протезной пластикой, составляет от 0,7% до 25,6%. По данным современных авторов, риск развития последних закономерно возрастает с повышением объема и сложности вмешательства, определяемого размерами грыжевого дефекта и характеристиками клинического случая, включая класс зоны операции согласно классификации, US Centers for Disease Control and Prevention (Payne R.).

Однако, у ряда больных, перенесших имплантацию сетчатых протезов, развиваются осложнения, а именно острые и хронические воспалительные процессы вокруг протеза. Особое место среди них занимают гнойно-септические, формирование которых оказывает наибольшее влияние на клинический прогноз, параметры качества жизни, отдаленные **Результаты** операций, появление рецидивов и потребность в повторных хирургических вмешательствах. Проблемную категорию представляют собой пациенты с обширными грыжами, хронической инфекцией и кожно-кишечными свищами. Развитие гнойных осложнений после аллогерниопластики с использованием протезных сеток в большинстве случаев связан с очаговым некрозом подкожной клетчатки и неадекватным дренированием парапротезной области. В свою очередь длительно протекающая раневая инфекция в дальнейшем приводила к развитию протезного свища.

Цель исследования. **Целью** нашего исследования было изучение причин возникновения кожно-протезных свищей после имплантации протезной сетки при вентральных грыжах и способов лечения данной категории больных.

Материал и методы исследования. В отделении торакоабдоминальной онкохирургии, бывшее отделение общей и лазерной хирургии, ГУ «РСНПМЦХ им акад. В.Вахидова» с 2007-2022гг в плановом порядке выполнено 1479 протезных пластик. С 2007-2021гг наблюдалось 13 (0,87%) пациентов (мужчин-5, женщин-8) с осложнениями (кожно-протезный свищ) после ранее выполненной протезной пластики. Был проведен ретроспективный анализ этих пациентов, который показал, что всем больным была выполнена протезная пластика в над-апоневротическом положении. В 11 случаях протезная пластика выполнялась по поводу рецидивных грыж и/или в условиях инфицирования грыжи. Сформированные свищи длительное время несмотря на проводимое консервативное лечение не заживали.

В 2018 г. авторы из США представили алгоритм хирургической тактики при поздних (в среднем 27 месяцев) инфекционных осложнениях, ассоциированных с эндопротезами брюшной стенки, содержащий 4 уровня принятия решений. Первый уровень – наличие свища (показание к эксплантации), второй – курение (эндопротез также удаляют), третий – тип импланта (политетрафторэтилен, мультифиламентный полиэстер и тяжелый полипропилен удаляют), четвертый – наличие MRSA (сетку необходимо иссекать) (Vorst A.L.).

Результаты исследования. Проведенный анализ результатов лечения больных показал, что основной причиной кожно-протезных свищей является инфекция. У



всех 13 больных предыдущая операция осложнилась нагноением раны и развитием парапротезной инфекции, которая не давала интегрироваться протезу в окружающую ткань. Всем больным выполнялись рутинные исследования, а также фистулография, ультразвуковое исследование протеза и гистологическое исследование операционного материала. Гистологическое и светооптическое исследование послеоперационного материала выявило, что при инфицировании парапротезной области имеет место сморщивание имплантата в конгломерат с выраженной воспалительной реакцией.

Заключение. На основании анализа сведений современных литературных источников можно сделать заключение о том, что проблема инфекционных осложнений протезирующей пластики в настоящее время далека от своего разрешения. Ее дальнейшее исследование на всех этапах требует комплексного, мультидисциплинарного подхода, основанного на клинических данных, которые получены в соответствии с концепцией доказательной медицины, и результатах фундаментальных исследований. Планирование профилактических мероприятий следует начинать на дооперационном этапе в рамках элективного подхода, тщательной стратификации пациента, детальной оценки риска и объективного статуса больного. Антибиотикопрофилактику нужно проводить в соответствии с международными руководствами, при этом целевые решения должны соответствовать данным о конкретном пациенте, то есть после определения чувствительности флоры к антибиотикам, как локальной так и вне зоны предстоящей операции, анамнезу и текущему состоянию. С учетом перечисленных факторов и мероприятий необходимо выбирать и методику хирургического вмешательства, а в соответствии с ним — подходящий эндопротез, отдавая предпочтение ретромускулярному размещению сетки и использованию монофиламентных плетеных сеток из минимально колонизируемых материалов. Необходимо во время операции применять простые и эффективные методики топической профилактики.

НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С СЕПСИСОМ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID 19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

**Гулямова М.А., Ходжиметова Ш.Х., Орзикулова С.Ф., Махсудова Г..
Ташкентский Педиатрический медицинский институт,**

Введение. Заболеваемость гнойно-септическими инфекциями среди новорожденных по-прежнему не имеет тенденции к снижению. При этом в последние годы клинические формы этих состояний новорожденных характеризуются атипичным и маломанифестным течением, что существенно затрудняет их диагностику. В связи с развитием репродуктивных и перинатальных технологий, получивших интенсивное развитие в последние десятилетия особую **Актуальность**, приобретает проблема сепсиса у новорожденных детей.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель исследования. Изучить нарушение системы гемостаза у новорожденных детей с сепсисом, родившихся от матерей, перенесших COVID 19 во время беременности.

Материалы и методы. Обследуемые 64 новорожденных детей были подразделены на две группы: 1-ю составили 34 новорожденных с сепсисом, родившихся от матерей перенесших COVID 19, 2-ю - 30 новорожденных с неонатальным сепсисом.

Результаты. Исследования показали, что частота геморрагического синдрома в виде кровотечений различного происхождения статистически значимо чаще наблюдались среди новорожденных детей с сепсисом, родившихся от матерей перенесших COVID 19 в первые и на трое суток жизни (44,1%) и на 7-е сутки жизни по сравнению с новорожденными детьми с неонатальным сепсисом. Как известно у здоровых новорожденных в возрасте 1-3 дней подтверждено наличие физиологической гиперкоагуляции, являющейся отражением состояния гемостаза матери во время беременности. В наших исследованиях у новорожденных с неонатальным сепсисом формировалось «пограничное» состояние гемостаза с тенденцией к гиперкоагуляционной направленностью. У исследуемых новорожденных с неонатальным сепсисом наблюдалось снижение количества тромбоцитов ($215 \pm 39,8$), парциально тромбопластинового времени ($31 \pm 0,3$), времени свёртывания крови ($4,6 \pm 0,2$), протромбинового индекса ($75,5 \pm 1,5$), фибриногена ($3,2 \pm 0,2$). А у новорожденных детей с сепсисом, родившихся от матерей, перенесших COVID 19 были выявлены выраженные разнонаправленные нарушения показателей системы гемостаза. В возрасте 1-3 дней у них с исходной гипокоагуляцией, наблюдалось более выражено снижение количества тромбоцитов ($194,8 \pm 33,4$), удлинение парциально тромбопластинового времени ($34 \pm 0,4$) и времени свёртывания крови ($5,2 \pm 0,3$), укорочение протромбинового индекса ($65,8 \pm 1,5$), снижение фибриногена ($2,7 \pm 0,3$). Вероятно, гипокоагуляционная направленность системы гемостаза у этих детей связана с истощением коагуляционного звена, вызванным повышенной склонности к геморрагическим осложнениям в виде различных геморрагических синдромов, в том числе к такому опасному, как ДВС синдрому.

Сравнительная характеристика исследуемых групп показала, что среди параметров гемостаза при сепсисе среди новорожденных детей от матерей перенесших COVID 19 наблюдается достоверное снижения некоторых параметров гемостаза: показателей тромбоцитов ($<0,01$), содержание фибриногена ($<0,01$), укорочение протромбинового индекса ($<0,01$), удлинение парциально тромбопластинового времени ($<0,05$) и протромбинового, времени свёртывания крови ($<0,01$), по сравнению с новорожденными детьми с неонатальным сепсисом.

Выводы. Таким образом, показатели параметров гемостаза у новорожденных с неонатальным сепсисом в возрасте 1-3 дней наблюдалось «пограничное» состояние гемостаза с тенденцией к гиперкоагуляции. Нарушения системы гемостаза в виде кровотечений различного происхождения, а также выраженные изменения параметров гемостаза с исходной гипокоагуляцией статистически значимо чаще отмечались у



новорожденных детей с сепсисом, родившихся от матерей, перенесших COVID 19 во время беременности.

Установлено, что полученные данные позволяют сделать **Вывод**, что исходное состояние здоровья матери, могут стать причиной высокого уровня патологии у новорожденных детей и диктуют необходимость проводить им лечебно - профилактические мероприятия.

МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БАРАБАННОГО СЕГМЕНТА ЛИЦЕВОГО КАНАЛА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЧЕРЕПА

Г.Э. Керимзаде

Кафедра анатомии человека и медицинской терминологии Азербайджанского медицинского университета, г. Баку, Азербайджанская Республика

Актуальность темы. Лицевой нерв имеет самый длинный и сложный ход в своем костном канале. Сложный ход нерва имеет жизненно важное значение для всех хирургов-отологов, поскольку максимальное количество отологических операций затрагивает барабанный сегмент нерва. В этой области лицевой нерв считается наиболее уязвимой структурой для травм, которые могут возникнуть во время хирургического лечения. В связи с этим интерес к изучению анатомических особенностей барабанного сегмента является актуальным.

Цель исследования. Предметом нашего исследования явился морфометрический анализ барабанного отдела лицевого канала с помощью компьютерной томографии, что обусловлено высокой клинической значимостью этого отдела. В этой области лицевой нерв считается наиболее уязвимой структурой для травм, которые могут возникнуть во время хирургического лечения.

Материал и методы: Материалом для исследования явились 133 томограммы, взятые с архива кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии Азербайджанского Медицинского университета. Для определения формы головы применялся головной индекс, отношение максимальной ширины головы к максимальной длине головы, умноженной на 100.

Все черепа по черепному индексу были разделены на брахиокранов, долихокранов и мезокранов. Во всех группах были выделены черепа мужского и женского полов. Все цифровые данные были запротоколированы и были подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования. Статистический анализ полученных показателей показал, что разница между показателями длины барабанного сегмента в зависимости от типа черепа была только у мужчин с брахиокранным и долихокранным типами черепов справа ($P=0,036$), а также при сравнении брахиокранов и мезокранов с правой



($PU=0,038$) и левой ($PU=0,021$) сторон. Так, этот показатель составляет $7,38\pm 0,22$ мм у брахикранов справа, слева - $7,71\pm 0,18$ мм; у долихокранов справа - $8,08\pm 0,22$ мм; у мезокранов слева составляет $8,27\pm 0,18$ мм. Статистическая разница между всеми тремя типами черепа наблюдается с обеих сторон у мужчин и с левой стороны у женщин. Как у мужчин, так и у женщин площадь поперечного сечения долихокраничных черепов меньше, и эта разница отчетливо видна при сравнении двух типов черепов.

Вывод. Таким образом, компьютерная томография выявляет скрытые области височной кости, в том числе траекторию лицевого канала. Однако знание особенностей траектории барабанного сегмента раскрывает анатомическую карту для хирурга перед операцией.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Давлатов Б.Н., Ташланов Ф.Н.
АГМИ, РНЦЭМП АФ

Актуальность. Литературные источники свидетельствуют, что доля травмы позвоночника составляет 3-5% в структуре закрытой травмы и 5,5%-17,8% - среди повреждений опорно-двигательного аппарата. Пациенты с острой позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) составляют 2-3% от всех больных, госпитализируемых в нейрохирургические отделения. У 40-60% пациентов ПСМТ сочетается с повреждениями других органов и тканей [1,2].

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни за 2016–2023 гг. 72 пациентов с травмой позвоночника, получавших лечение в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП. Большинству пациентов 52 (72,2%) по показаниям было выполнено декомпрессивно-стабилизирующее хирургическое вмешательство.

Анализ включал оценку пола, возраста, уровня повреждения позвоночника, характер неврологического дефицита, тяжесть повреждения спинного мозга по ASIA, наличие сопутствующей патологии, течение раннего послеоперационного периода, стандартные клинично-лабораторные исследования, общеклинические исследования, данные рентгенологических исследований, МСКТ и МРТ.

Пациенты мужского пола трудоспособного возраста без отягощающей сопутствующей патологии составили абсолютное большинство - 68 (94,4%). Средний возраст пациентов - $34,4 \pm 14,5$ года. Наиболее часто травмировался грудно-поясничный отдел - 27 (37,5%) затем шейный отдел - 20 (27,8%), поясничный - 19 (26,4%) и грудной - 6 (8,3%). Пациенты с повреждением СМ составили: ASIA A было 3 (4,2%), ASIA B – 14 (19,4%), ASIA C – 27 (37,5%), ASIA D – 28 (38,9%).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Обсуждение. Диагностический алгоритм комплекса инструментальных исследований ПСМТ в остром периоде выполнен в следующей последовательности: а) спондилограммы в 2- стандартных укладках для грудного и поясничного отделов и дополнительно $\frac{3}{4}$ оборота и через рот - для шейного отдела; специальная укладка (в косо́й проекции для исследования дугоотростчатых суставов и межпозвонковых отверстий).

б) МСКТ (стандарт + опция контрастное исследование); в) МРТ (опция + миелография + АМРИ); г) ЛП с ликвородинамическими пробами (по показаниям). Больных требующим реанимационные мероприятия после проведения восстановительных мероприятий жизненно-важных показателей целесообразно было проведение МСКТ сразу всех отделов позвоночника, а больным с подозрением на сочетанную травму - МСКТ всего пациента.

Лечение и проведение реабилитационных мероприятий были обоснованы в первую очередь выраженностью неврологической симптоматики, так при лечение шейной травмы с повреждением позвоночной артерии с клиникой ишемического инсульта головного мозга использовали антикоагулянтную терапию. При явлениях вертебробазиллярной недостаточности вследствие повреждения позвоночной артерии были показаны симптоматическое лечение + лечение антикоагулянтами. При повреждении позвоночной артерии без клинических проявлений было показано 3 месячное клиническое наблюдение за пациентами. Во всех случаях было обязательное условие фиксации шейного отдела позвоночника.

Стабильные компрессионные переломы тел грудных и поясничных при отсутствии признаков сдавления спинного мозга (СМ), лечили одномоментной закрытой реклинацией на валике или с помощью реклинаторов. Рекомендовался постельный режим сроком на 2-4 недели и тораколумбосакральная наружная фиксация корсетами сроком на 1-3 мес. МСКТ контроль через 3 и 6 месяцев, МРТ контроль через 12 месяцев для исключения нарастания кифотической деформации и выявления вторичной поздней компрессии спинного мозга. Альтернативой была вертебропластика костным цементом выполненная у 3 (4,2%) больных с с остеопорозом.

При наличие переломов позвонков со снижением высоты тела позвонка 50% и более без неврологической симптоматики показано: а) передний спондилодез аутокостью и титановой пластиной или передней системой на основе стержней – 7 (9,2%); б) в течение первой недели у молодых и в течение 10-14 дней у пожилых после травмы - задний транспедикулярный спондилодез с реклинацией сломанного позвонка. У больных с неврологическим дефицитом но стабильным переломом позвоночника рекомендуется ламинэктомия, ревизия СМ, при наличии кифотической деформации - в сочетании с реклинацией и рекомундуется задняя стабилизация транспедикулярной системой.

У пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в первые 72 часа рекомендуется хирургическая коррекция и стабилизация позвоночника с использованием перкутанных транспедикулярных систем и задний спондилодез. При наличии показаний к переднему



спондилодезу его выполнение возможно через 1-2 недели после полной стабилизации жизненно-важных систем, при регрессе признаков спинального шока и отека СМ или же после 8-12 недель при наличии последних.

Выводы. 1. Правильная и последовательная диагностика составных ПСМТ в том числе при её сочетанной травме, правильная интерпретация результатов инструментальных и неврологических исследований.

2. Обоснованный и правильный выбор лечения способствуют повышению показателей выживаемости и снижению инвалидности у данной категории пострадавших.

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЯ КРОВОТОКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Давыдов Д.А., Марченко В.Н., Щукина О.Б., Власов Т.Д., Кузнецова Д.А., Лозовая Т.А., Малахова З.Л., Рубинштейн А.А.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. И. П. Павлова Минздрава России

Актуальность темы. Множество исследований демонстрирует повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов с аксиальным спондилоартритом (аксСпА). Также большинство исследований указывает на умеренное повышение кардиоваскулярного риска при воспалительных заболеваниях кишечника, в частности болезни Крона (БК), несмотря на невысокую распространенность таких традиционных факторов риска, как артериальная гипертензия и дислипидемия. При этом проблема риска развития ССЗ у пациентов с аксСпА, ассоциированным с БК (БК-аксСпА), мало изучена. Предполагается, что вклад в патогенез ССЗ при БК-аксСпА может вносить наличие эндотелиальной дисфункции и нарушения кровотока микроциркуляторного русла (МЦР), однако этот вопрос также недостаточно освещен в мировой литературе.

Цель исследования. Оценить нарушения микроциркуляторного кровотока и влияние на них противовоспалительной терапии у пациентов с БК-аксСпА.

Материалы и методы. Исследовано 53 человека с БК-аксСпА (группа А), аксСпА (группа В), БК (группа С) и группы контроля (группа D). Диагноз аксСпА устанавливался на основании классификационных критериев Международного общества по изучению спондилоартритов (ASAS) 2010 года. Диагноз БК устанавливался на основании клинических, лабораторных, инструментальных и гистологических данных. В группу А включены пациенты, одновременно удовлетворяющие критериям включения групп В и С. Производилась оценка маркеров системного воспаления, в том числе скорости оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивного белка (СРБ), воспаления в желудочно-кишечном тракте (фекальный кальпротектин), а также степени повреждения эндотелиального гликокаликса сосудов сублингвальной области методом темнопольной микроскопии. Оценка качества



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



жизни производилась с помощью опросника The Short Form 36 ver. 2 (SF-36v2). В исследование не включались пациенты с другими ревматологическими заболеваниями, онкологическими и хроническими инфекционными заболеваниями, а также БК или аксСпА в фазе ремиссии.

Результаты исследования. **Результаты** оценки гликокаликса эндотелия сосудов сублингвальной области продемонстрировали более выраженную степень повреждения сосудистого эндотелия у пациентов с БК-аксСпА в сравнении с другими группами, на что указывает увеличение средней толщины пограничной области перфузии (PBR) в сосудах диаметром 5-25 μm (группа А – 2.17 [Q1-Q3: 2.02-2.24]; группа В – 1.80 [Q1-Q3: 1.75-2.00]; группа С – 1.97 [Q1-Q3: 1.86-2.08]; группа D – 2.06 [Q1-Q3: 1.98-2.28]; $p = 0.045$) и капилляров диаметром 5-9 μm (А – 1.06 [Q1-Q3: 1.02-1.24]; В – 1.01 [Q1-Q3: 0.95-1.06]; С – 1.03 [Q1-Q3: 0.98-1.06]; D – 1.10 [Q1-Q3: 1.09-1.17]; $p = 0.012$). Парное сравнение демонстрирует более выраженную степень повреждения эндотелиального гликокаликса сосудов всего МЦР (5-25 μm) у больных БК-аксСпА в сравнении с изолированным течением аксСпА (U-критерий – 13.077, $p = 0.039$).

При сравнении групп А и В по показателям активности аксСпА не выявлено статистически значимых различий по таким параметрам как величина СОЭ, концентрация СРБ, значения индексов BASDAI, ASDAS, а также нарушения функции по индексу BASMI-10 (при $p < 0.05$). У испытуемых обеих групп не выявлено значимой корреляции показателей повреждения эндотелиального гликокаликса с активностью заболевания и функциональным статусом, оцениваемых с использованием как клинических шкал (BASDAI, BASMI, BASFI), так и композитных индексов (ASDAS). Среди пациентов с БК выявлена положительная корреляция индекса активности заболевания (CDAI) и PBR 5-9 μm ($R = 0.56$; $p = 0.01$).

Детальная оценка качества жизни пациентов по опроснику SF-36v2 позволила установить, что пациенты с БК-аксСпА имеют статистически значимо более выраженную физическую боль ($p = 0.002$), а также степень нарушений физического функционирования ($p = 0.001$) и ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием ($p = 0.001$) в сравнении с другими группами испытуемых. Также испытуемые в группе А имели наименьший результат индекса общего психологического здоровья ($p < 0.001$) и сумму показателей общего психологического и физического здоровья ($p = 0.001$). У пациентов с аксСпА ни один из параметров качества жизни не имел статистически значимых корреляций с выраженностью воспаления, оцениваемой по величине СОЭ, СРБ или концентрации фекального кальпротектина, а также степенью повреждения эндотелиального гликокаликса сосудов МЦР разного диаметра. У пациентов с БК выявлена положительная корреляция интенсивности физической боли с величиной PBR от слабой до средней силы, и средняя обратная корреляция – с индексом здоровья сосудов MVHS (R-Спирмена – 0.46, $p = 0.038$).

Оценивалось влияние проводимой терапии на показатели повреждения эндотелиального гликокаликса. Не обнаружено статистически значимых отличий в величине PBR



микрососудов разного диаметра у пациентов, получающих генно-инженерную биологическую терапию, а также традиционные синтетические иммуносупрессанты (метотрексат, азатиоприн, сульфасалазин). Системная стероидная терапия у пациентов с БК была ассоциирована со снижением плотности микрососудов ($p = 0.002$), увеличением RBR сосудов диаметром 10-19 μm ($p = 0.033$), 20-25 μm ($p = 0.019$) и 5-25 μm ($p = 0.005$). Среди больных аксСпА терапия нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) ассоциирована с более высоким индексом здоровья сосудов MVHS: 5.2 (Q1-Q3: 3.5-5.9) у принимающих НПВП против 4.0 (Q1-Q3: 3.4-4.5) без данной терапии ($p = 0.029$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о более выраженных изменениях эндотелиального гликокаликса микрососудов диаметром 5-25 μm у пациентов с БК-аксСпА. Не выявлено корреляции между выраженностью оцениваемых нарушений в МЦР и активностью заболевания, а также системным воспалением у пациентов с аксСпА, однако прием НПВП у таких больных может быть ассоциирован с улучшением интегрального показателя здоровья микрососудов. У пациентов с БК активность заболевания по индексу CDAI имеет умеренную положительную корреляционную связь со степенью повреждения гликокаликса капилляров, при этом более выраженные изменения наблюдались во время терапии системными стероидами. Не обнаружено различий в величине нарушений микроциркуляции в зависимости от приема генно-инженерных биологических препаратов. В связи с небольшим объемом выборки планируется продолжить набор пациентов для подтверждения выявленных расстройств микроциркуляции у пациентов с БК-аксСпА.

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Далимова Ш.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Введения. Стоматологическое лечение - это наиболее массовый вид специализированной медицинской помощи, к которому обращаются пациенты всех возрастных категорий. В промышленно развитых странах в 2021 г. около 18% населения было старше 60 лет. Согласно демографическим наблюдениям, доля пожилых людей среди населения будет расти и дальше. 30% всех пациентов на стоматологическом приеме относятся к группе анестезиологического риска, т. е. имеют сопутствующие заболевания.

Цель. На основании литературных и собственных данных оптимизировать условия оказания стоматологической помощи пациентам с сопутствующей соматической патологией.



Материалы и методы. Проанализированы особенности стоматологического лечения 44 пациента, в том числе десяти человек с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, двенадцати – опорно-двигательного аппарата и девяти – с патологией дыхательной системы.

Результаты. Стоматологическая помощь обычно оказывается в положении «лежа». Однако в таком положении не рекомендуется лечить пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и дыхательной системы. Так, у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в результате стресса повышается секреция адреналина, что может спровоцировать гипертонический криз. При наличии у пациента хронической сердечно-сосудистой недостаточности при длительном горизонтальном положении может возникнуть обострение гипертонической болезни. У пациентов, принимающих антигипертензивные препараты, увеличивается риск развития ортостатического коллапса, при приёме сердечных гликозидов существует риск возникновения аритмии. При затруднении носового дыхания, обусловленного отеком слизистой, рекомендуется закапывать в нос капли с адреномиметиком, назначенные врачом-отоларингологом. Таким пациентам перед приёмом предлагали стакан теплой воды, чтобы избежать возникновения сухости в полости рта, а в процессе лечения в профилактических целях орошали водой полость рта. Также затруднение носового дыхания является противопоказанием к применению коффердама в клинической практике врача-стоматолога. Соблюдение этих условий позволило избежать нежелательных реакций при оказании стоматологической помощи девяти пациентам с сопутствующей патологией дыхательной системы.

Выводы. Для успешного оказания стоматологической помощи пациенты с сопутствующей соматической патологией перед приемом должны принять препараты, назначенные лечащим врачом.

ВЛИЯНИЯ ВИТАМИНОВ (С И Е) НА ВОСПАЛЕНИЯ И ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СРЕСС

ДЖАЛАЛОВА О. К.

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Актуальность проблемы. Комбинированное **Введение** витаминов С и Е снижает уровень глюкозы, общего холестерина, триглицеридов, провоспалительных цитокинов ИЛ-6 и ФНО- α в плазме крови, а также молекул адгезии ММА-1 и ВКМА-1. Эта комбинация также улучшает состояние окислительного стресса за счет значительного снижения маркера окислительного стресса вещества реагирующие с тиобарбитуровой кислотой и повышения активности антиоксидантных ферментов GSH-Px, CAT и SOD в печени и почках. Антиоксиданты не работают оптимально изолированно, а скорее служат частью антиоксидантной системы, где оптимальная защита от патологических процессов



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



происходит при совместном использовании нескольких антиоксидантов, как это содержится в натуральных продуктах питания. Что касается пониженного уровня глюкозы в крови, что антиоксиданты работают согласованно, воздействуя на несколько участков путей метаболизма инсулина. Например, добавление витамина С повышает антиоксидантную защиту в тканях, ингибирует гликирование инсулина в бета-клетках поджелудочной железы с ожирением и гипергликемией, усиливает действие инсулина и улучшает усвоение глюкозы.

Витамин Е защищает от окислительной модификации белков, опосредующих метаболизм инсулина, таких как переносчики глюкозы и инсулинкиназы. Ингибирование образования свободных радикалов и восстановление окислительно-восстановительного статуса клеток с помощью витаминов С и Е сохраняет структуру и функцию рецепторов инсулина и улучшить чувствительность к инсулину. Липидный профиль, изменяющийся при сахарном диабете, является одним из значимых факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний. Повышенный уровень триглицеридов и холестерина в плазме может быть фактором риска сосудистые заболевания. Также окислительная модификация ЛПНП является важным этапом в развитии атеросклероза. Это окисление инициируется и распространяется свободными радикалами, когда антиоксиданты истощаются. Комбинированные добавки витаминов С и Е значительно снижают общий уровень холестерина и триглицеридов.

Возможное объяснение гипохолестеринемического эффекта состоит в том, что витамины С и Е предотвращают окислительное повреждение холестерина ЛПНП и способствуют расщеплению холестерина. Витамин С необходим ферменту на первом этапе синтеза желчных кислот (холестерин-7 α -гидроксилаза), направляя холестерин на синтез желчных кислот, и, следовательно, снижает его уровень в сыворотке. Уровень общего холестерина, триглицеридов, перекисного окисления липидов и глюкозы повышается у пациентов с гиперлипидемией с СД или без него, тогда как концентрация витамина С, витамина Е и других антиоксидантов в плазме снижается.

Краткосрочное комбинированное **Введение** витаминов С и Е снижает уровень глюкозы, общего холестерина, триглицеридов, провоспалительных цитокинов ИЛ-6 и ФНО- α в плазме крови, а также молекул адгезии ММА-1 и ВКМА-1. Комбинированная антиоксидантная терапия также улучшает статус окислительного стресса за счет значительного снижения маркера окислительного стресса вещества реагирующие с тиобарбитуровой кислотой и повышения активности антиоксидантных ферментов GSH-Px, CAT и SOD в печени и почках. Эта стратегия может стать терапевтическим инструментом в случаях повреждения клеток. В целом профилактика смесью витаминов С и Е может быть полезной для снижения риска болезни и его осложнений.



РЕГУЛЯТОРНАЯ РОЛЬ ВИТАМИНА Е В ИММУННОЙ СИСТЕМЕ И ВОСПАЛЕНИЯ

ДЖАЛАЛОВА О. К.

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Актуальность проблемы. Витамин Е, мощный липидорастворимый антиоксидант, концентрация которого в иммунных клетках выше, чем в других клетках крови, является одним из наиболее эффективных питательных веществ, которые, как известно, модулируют иммунную функцию. Было продемонстрировано, что дефицит витамина Е нарушает нормальные функции иммунной системы у животных и людей, что можно исправить восполнением запасов витамина Е. Хотя дефицит витамина Е встречается редко, было показано, что добавки с витамином Е в дополнение к текущим диетическим рекомендациям улучшают функцию иммунной системы и снижают риск инфекции, особенно у пожилых людей.

Цель исследования: Механизмы, ответственные за влияние витамина Е на иммунную систему и воспаление, изучались в клеточных, доклинических и клинических интервенционных исследованиях. Витамин Е модулирует функцию Т-клеток, напрямую влияя на целостность мембраны Т-клеток, сигнальной трансдукции и деления клеток, а также опосредованно, воздействуя на медиаторы воспаления, генерируемые другими иммунными клетками. Модуляция иммунной функции витамином Е имеет клиническое значение, поскольку влияет на восприимчивость хозяина к инфекционным заболеваниям, таким как респираторные инфекции, в дополнение к аллергическим заболеваниям, таким как астма. Исследования, изучающие роль витамина Е в иммунной системе, обычно были сосредоточены на α -токофероле; однако новые данные свидетельствуют о том, что другие формы витамина Е, включая другие токоферолы, а также токоτριенолы, также могут иметь мощные иммуномодулирующие функции. Будущие исследования должны продолжать определять и подтверждать оптимальные дозы для людей на разных этапах жизни, состоянии здоровья, нутритивном статусе и генетической неоднородности.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Джумабаев Э.С., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Д.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Высокая частота неудовлетворительных результатов лечения заболеваний вен нижних конечностей объясняется часто тем, что изменения в венозном русле влекут за собой различные по тяжести и объему вторичные изменения в лимфатической системе.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель. Выявление основных проявлений нарушений лимфатического дренажа при развитии синдрома лимфовенозной недостаточности нижних конечностей и внедрение способов воздействия на лимфатическую систему в консервативном и хирургическом лечении этой патологии.

Материалы и методы. Представлен полувековой опыт клинических исследований кафедры госпитальной и факультетской хирургии Андижанского государственного медицинского института и Республиканского научного центра клинической лимфологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Нами обследованы 692 больных с заболеванием вен нижних конечностей. Из них у 153 был диагностирован острый поверхностный тромбоз и у 154 больных тромбоз глубоких вен. Группу больных с хронической венозной недостаточностью составили 385 пациента. Возраст больных колебался от 17 до 75 лет. Мужчин было - 324 и женщин - 368. Основную группу составили 405 больных, которым проведены лимфологические методы лечения, контрольную группу составили 287 больных, у которых использовалась традиционная методика лечения. У наблюдаемых больных проведены следующие методы исследования: региональная и центральная гемокоагуляция, состояние микроциркуляции (изучена транскапиллярная диффузия по вено-венозному градиенту), иммунологические, капилляроскопия, флебография, радионуклидная лимфосцинтиграфия, транскутанная оксигемометрия.

Результаты исследования. Доказано, что изменения в лимфатической системе проявляются как при острой, так и при хронической венозной патологии. Нарушения в лимфатической системе и недостаточность ее функции не только влияют на развитие заболевания, но, нередко, и определяют его. Изменения в венозной системе влекут за собой различные по тяжести и объему вторичные изменения в лимфатической системе, а сама венозная недостаточность трансформируется в лимфовенозную, что еще больше усугубляет тяжесть заболевания, так как недостаточность функции обеих дренажных систем влечет за собой не только увеличение объема интерстициальной жидкости, но и скопление в тканях дисметаболических, вызывающих трофические расстройства, что указывает на необходимость выделения рассматриваемых патологических проявлений, в виде отдельного синдрома лимфовенозной недостаточности (СЛВН). Разработаны эффективные авторские методы лимфатической терапии при остром тромбозе глубоких вен, посттромботической болезни нижних конечностей, включающие региональную стимуляцию лимфатического дренажа, иммуномодуляцию, антибактериальную терапию и лимфодренирующие операции.

Выводы. Флебогипертензия уже на самых ранних стадиях заболевания приводит к существенным изменениям в лимфатической системе, с характерными проявлениями, что вызывает необходимость использования методов хирургической и консервативной лимфогенной коррекции.



К ВОПРОСУ О НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ГОРОДА АНДИЖАНА

**Джумабаева С.Э., Эргашев Э.Э, Маткомиллов Ж.А.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Актуальность темы. Как известно, COVID-19 - потенциально тяжёлая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2. Представляет собой опасное заболевание, которое может протекать как в форме острой респираторной вирусной инфекции лёгкого течения, так и в тяжёлой форме.

Наиболее частым осложнением заболевания является вирусная пневмония, способная приводить к острому респираторному дистресс-синдрому и последующей острой дыхательной недостаточности, при которых чаще всего необходимы кислородная терапия и респираторная поддержка. Заболеванию подвержены люди всех возрастов, медианный же возраст людей с инфекцией SARS-CoV-2 составляет 50 лет. Тяжёлые формы заболевания чаще бывают у пожилых людей возрастом за 60 лет с сопутствующими заболеваниями, включающими сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, патологию легких и другие, которые вносят свой вклад в течение, исход заболевания и требуют дополнительных усилий, как отдельных стационаров, так и здравоохранения в целом.

Цель исследования: Изучить частоту и структуру новой коронавирусной инфекции у стационарных пациентов города Андижана с учетом возрастных и гендерных различий.

Материалы и методы исследования. Объектом для исследования послужили 340 мужчин и женщин, сплошной выборки, в возрасте 18-85 лет, находившихся на стационарном лечении в COVID-центре г. Андижана с января по июнь 2021 года. Проведен ретроспективный анализ истории болезни с изучением клинического диагноза, лабораторно-биохимических и инструментальных исследований, подтверждающих как основной диагноз, так и сопутствующую патологию. Оценка степени тяжести COVID-19 проводилась по рекомендациям МЗ РУз.

Результаты исследования. Из обследованных пациентов женщин было 57,1% (194 чел.), по сравнению с мужчинами 42,9% (146 чел.), но средний возраст мужчин и женщин статистически не различался, поэтому разная численность пациентов не повлияла на проведение сравнительного анализа.

Изучена частота и структура COVID-19 по степени тяжести у мужчин и женщин в зависимости от возраста.

Среди госпитальных больных коронавирусная инфекция критической степени тяжести встречалась у 6,2% (21 чел.), причем наиболее часто в старших возрастных группах- 61-70 лет и старше 71 года – по 19% (по 4 чел.).



COVID-19 тяжелой степени был диагностирован у 43,8% (149 чел.), наиболее часто у лиц 61-70 летнего возраста, средней степени тяжести у 45,3% (154 чел.), чаще у больных более молодого возраста – 31-40 и 51-60 лет – по 21.5% (по 33 чел.).

Пациентов с легким течением коронавирусной инфекции встречалось мало – 4,7% (16 чел.) - это обстоятельство объясняется тем, что, как правило, такие больные не нуждались в госпитализации и лечились амбулаторно. Поэтому для дальнейшего статистического анализа данная группа пациентов нами в исследование не включалась.

Анализируя возрастной аспект было получено, что COVID-19 средней степени тяжести достоверно чаще встречался среди пациентов 18-30 лет – в 73,9% случаев (17 чел.), $P < 0,01$ и 31-40 лет – в 63,5% (33 чел.), $P < 0,01$ по сравнению со старшими группами лиц – 61-70 лет - 39,7% (29 чел.) и 71 года и старше – 31,2% (15 чел.). В то время как, тяжелое течение коронавирусной инфекции достоверно чаще встречалось у лиц пожилого и старческого возрастов – 54,8% (40 чел.), $P < 0,01$ и 60,5% (29 чел.), $P < 0,01$, соответственно, по сравнению с пациентами молодого и зрелого возраста – 21,8% (5 чел.) и 23,1% (12 чел), соответственно. COVID-19 критической степени встречался в небольшом проценте случаев, без достоверной разницы, во всех возрастных группах, несколько чаще у лиц в возрасте 31-40 лет – в 13,4% (7 чел.) – это были пациенты с печеночной и кетоацидотической комами и ОРДС на фоне крайне-тяжелого течения ХОБЛ.

Изучая частоту и структуру COVID-19 в зависимости от гендерных особенностей пациентов было получено, что как у мужчин, так и у женщин примерно с одинаковой частотой встречались средне-тяжелое и тяжелое течение коронавирусной инфекции - 45,7% (64 чел.) и 45,0% (63 чел.) у мужчин и 48,9% (90 чел.) и 46,8% (86 чел.) у женщин, соответственно, без достоверной разницы.

Крайне тяжелое течение COVID-19 определялось чаще у мужчин – 9,3% (13 чел.) по сравнению с 4,3% у женщин (8 чел.), но различия между ними не достоверны - $P > 0,05$, вероятно, из-за небольшого процента пациентов данной подгруппы, определенная численность которых необходима для проведения статистического анализа.

Выводы. 1. По степени тяжести течения коронавирусной инфекции достоверных гендерных различий среди госпитальных пациентов не обнаружено.

2. В возрастном аспекте определено, что тяжелое течение COVID-19 чаще встречалось у пациентов старших возрастных групп, как у мужчин, так и женщин, на что, безусловно, повлияло и наличие полиморбидности, которая, как известно, увеличивается с возрастом.



ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ COVID-19

Джумабаева С.Э., Маткомиллов Ж.А., Эргашев Э.Э.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность темы. Вспышка нового коронавирусного заболевания 2019 г. (COVID-19), вызванного вирусом SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2), создала серьезную угрозу для общественного здравоохранения. SARS-CoV-2 - единственный штамм РНК-вируса, проникающий в клетки посредством ангиотензинпревращающего фермента 2, который широко экспрессируется в легких, сердце, сосудистой системе (эндотелиальные клетки и гладкомышечные клетки), кишечнике, почках, яичках и головном мозге, обеспечивая механизм мультиорганной дисфункции у пациентов с COVID-19.

Сосудистый эндотелий участвует в рекрутировании воспалительных лейкоцитов - ключевых факторов острого респираторного дистресс-синдрома, диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и повышения риска сердечно-сосудистых осложнений при COVID-19. Интенсивное воспаление сосудистой стенки приводит к обширному повреждению эндотелия, который инфильтрируется мононуклеарными клетками, приводя в свою очередь к эндотелииту, активации тромбоцитов с последующим нарушением процессов коагуляции

Важной для практического здравоохранения является оценка основных маркеров, связанных с коагулопатией при COVID-19, как в острый период заболевания, так и в период реконвалесценции. Изучение показателей гемостаза и маркеров эндотелиальной дисфункции, как в острый период заболевания, так и в период реконвалесценции имеет важное значение для разработки комплексного подхода по предотвращению и лечению осложнений COVID-19, что и определило **Актуальность** данного исследования, так как своевременное выявление отклонений от нормы показателей гемостаза может повысить эффективность диагностики отдаленных гемодинамических нарушений и сердечно-сосудистых последствий.

Цель исследования: Изучить особенности гемостаза у пациентов с ишемической болезнью сердца, инфицированных COVID-19.

Материалы и методы исследования. Объектом для исследования послужили 75 мужчин и женщин с ИБС, сплошной выборки, находившихся на стационарном лечении в COVID-центре г. Андижана и пациентов с ИБС без коронавирусной инфекции.

Проведен ретроспективный анализ истории болезни с изучением клинического диагноза, лабораторно-биохимических и инструментальных исследований, подтверждающих как основной диагноз, так и сопутствующую патологию. Система гемостаза нами изучалась по таким показателям, как фибриноген, тромботест и ПТИ.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Оценка степени тяжести COVID-19 проводилась по рекомендациям МЗ РУз. Проведено исследование «случай-контроль»

Результаты исследования. Из общей кагорты больных ИБС 46,7% (35 чел.) были мужчины и 53,3% (40 чел.) женщины, составившие основную группу исследования. В группу сравнения вошли лица с ИБС без COVID-19 - 32 пациента, из них 50% мужчин (16 чел.) и 50% женщин (16 чел.), сопоставимые по возрасту с основной группой.

Возрастная структура пациентов основной группы была следующей: в возрасте от 41 до 50 лет было только 4,0% (3 чел.), от 51 до 60 лет – 33,3% (25 чел.), от 61 до 70 лет – 33,3% (25 чел.) и от 71 года и старше – 29,4% (22 чел.).

Все обследуемые больные были в возрасте от 42 до 85 лет. Средний возраст пациентов был $62,4 \pm 16,1$ лет, причем, средний возраст мужчин и женщин статистически достоверно не различался. Но, следует заметить, что наибольшая частота пациентов с ИБС пришлась на старшие возрастные группы, начиная с 51 года и старше, поэтому, для дальнейшего статистического анализа, пациенты в возрасте 41-50 лет, в исследование не включались. Среди госпитальных больных ИБС коронавирусная инфекция критической степени тяжести встречалась у 2,8% (2 чел.), причем только у мужчин в возрастной группе - старше 71 года – 18,2%. COVID-19 тяжелой степени был диагностирован у 63,9% (46 чел.), наиболее часто у лиц старше 70 летнего возраста – у 72,7% (16 чел.), а у пациентов 51-60 и 61-70 лет оно встречалось по 60,0% (по 15 чел.). Средней степени тяжести коронавирусная инфекция определялась у 33,3% (24 чел.), чаще у больных 51-60 и 61-70 летнего возраста – по 40,0% (по 10 чел.). Пациентов с легким течением COVID-19 не встречалось совсем.

Анализируя частоту и структуру COVID-19 в зависимости от гендерных особенностей пациентов с ИБС было получено, что у мужчин, и у женщин примерно с одинаковой частотой встречались средне-тяжелое - 35,3% (12 чел.) и 31,6% (12 чел.) и тяжелое течение коронавирусной инфекции, которое достоверно чаще отмечено у женщин, 58,8% (20 чел.) и 68,4% (26 чел.), соответственно.

Изменения показателей гемостаза в сторону гиперкоагуляции встречалось у 59,2% (42 чел) и достоверно чаще у мужчин – 63,6%, по сравнению с женщинами – 55,3%, $P < 0,05$.

Анализируя изменения каждого показателя с учетом гендерных различий пациентов, получено, что фибриноген, тромботест и ПТИ достоверно чаще определялись у мужчин – 60,1%, 63,6% и 54,5%, соответственно, по сравнению с женщинами – 50,0%, 36,8% и 36,8%, соответственно, $P < 0,05$.

Мы изучили нарушения гемостаза у пациентов с ИБС в зависимости от тяжести течения коронавирусной инфекции. Достоверно чаще встречалось тяжелое течение COVID-19 - 69,0% (29 чел.), причем, как среди мужчин – 61,9% (13 чел.), так и особенно среди женщин 76,2% (16 чел.), по сравнению со средне-тяжелым течением коронавирусной инфекции, соответственно, у мужчин - 38,1% (8 чел.), $P < 0,05$; у женщин – 23,8% (5 чел.), $P < 0,01$; составив всего 31,0% (13 чел.), $P < 0,01$.



Выводы: Анализ коагуляционных показателей выявил существенные изменения в системе гемостаза у пациентов с ИБС на фоне коронавирусной инфекции, особенно это касалось фибриногена, как у мужчин, так и женщин, и тромботеста у мужчин.

Нарушения в системе гемостаза, вероятно, повлияло на тяжесть течения COVID-19 у данной категории больных, у которых с высокой достоверностью чаще диагностировано тяжелое и крайне-тяжелое течение коронавирусной инфекции, не зависимо от гендерных различий пациентов. То есть, коагуляция и воспаление - это два взаимосвязанных процесса, при которых различные компоненты системы гемостаза активируют иммунные клетки, при этом сами в ответ активируются иммунной системой.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «В» У БЕРЕМЕННЫХ.

Джураев М.Г.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Рождение и воспитание здорового поколения, прежде всего, связано со здоровьем женщины фертильного возраста. Последние годы на территории Республики Узбекистан, отмечается значительный рост болезней органов пищеварения, в том числе печени, которые значительно влияют на течение и исход беременности, так и на здоровье и жизнь самой женщины.

Цель работы: изучение влияния хронического вирусного гепатита В на течение и исход беременности у женщин фертильного возраста.

Материалы и методы исследования. В обследование включены беременные женщины, находившиеся на стационарном лечении с диагнозом хронический вирусный гепатит В. Общее количество составило 22 беременных женщин с диагнозом вирусный гепатит В. У 10 определялась первая, а у 12 ти повторная беременность. Сроки беременности варьировали от 18 до 30 недель. Были изучены биохимические анализы крови и проведены инструментальные (УЗИ-наличие гепатолиенального синдрома, неравномерная плотность ткани, повышение эхогенности печени и селезенки, зернистость их структуры, увеличение лимфоузлов в воротах печени, изменения сосудов печени и селезенки.) фибросканирование печени и МСКТ) методы исследования. Статистическую обработку данных выполняли с применением программы Microsoft Office Excel 7.0, а также при помощи пакетов прикладных программ Statistica 6,0 с вычислением средних (M) и относительных (P) величин, их среднестатистических ошибок (m), использованием параметрических и непараметрических методов

Результаты исследования. У всех обследуемых беременных хронический вирусный гепатит В протекал в тяжелой форме. Инкубационный период весьма длительный (от 6 недель до 6 месяцев). Преджелтушный период составил 2-4 недели, протекал на фоне



аллергических явлений, выраженной интоксикацией, многократной рвотой, резкой слабостью, астенией. Из биохимических показателей крови характерно более резкое повышение уровня трансфераза и билирубина при малоизменённой тимоловой пробе. Отмечалось снижение сулемовой пробы и протромбина.

Отягощающее влияние беременности на течение вирусного гепатита В проявляется преимущественно или целиком во второй половине беременности за счёт уменьшения экскурсии диафрагмы и ослабления опорожнения желчного пузыря. Складываются условия застоя желчи, которая становится более вязкой при снижении тонуса желче **Выводящей** системы и повышения проницаемости желчных капилляров, способствуя развитию холестаза. Желтушная стадия вирусного гепатита В обычно протекает тяжелее и продолжительнее, чем при отсутствии беременности. Из 22 беременных самопроизвольные аборт были у 5 больных, преждевременные роды у 7-х.

Вывод. Таким образом, проведённые нами исследования позволяют говорить о том, что у женщин фертильного возраста хронические вирусный гепатит В был и остаётся опасным экстрагенитальным заболеванием с непосредственной угрозой не только здоровью, но и жизни беременной, что в свою очередь крайне отрицательно влияет на своевременное и адекватное формирование плода с последующими родами здорового ребёнка.

ВЛИЯНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ.

Джураев М.Г.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. ВИЧ-инфекция является опасным заболеванием, которое поражает мужчин и женщин любого возраста. Вирус иммунодефицита влияет на все звенья иммунной защиты, под его прицелом – макрофаги, лимфоциты разных классов и другие клетки. Назначение препаратов этого ряда оправдано по причине большого числа возможных инфекций грибкового, бактериального и вирусного происхождения, присоединяющихся к ВИЧ-инфекции. Обострение хронической инфекции, или же острый процесс у ВИЧ-инфицированных лиц протекает достаточно тяжело и трудно излечивается. Назначение антибактериальных, противогрибковых или противовирусных средств необходимо, но оно требует взаимодействия со здоровой иммунной системой человека. При имеющихся нарушениях иммунной защиты значительно снижается эффективность лекарств. Так же снижается эффективность иммуномодуляторов укрепляющие иммунную систему.

Цель исследования. **Целью** нашего исследования явилось изучение эффективности иммуномодуляторов на фоне АРВТ у ВИЧ инфицированных больных.



Результаты исследования. Под нашими наблюдениями находились 56 пациентов, из них 39 (21-мужчин, 18-женщин) больные получали антиретровирусные препараты. При применении иммуномодуляторов у этих больных повысился уровень CD4+ Т-клеток и наблюдался снижение вирусных нагрузки. У остальных 17 (10-мужчин, 7-женщин) пациентов, которые не принимающих антиретровирусных препаратов уровень CD4+ Т-клеток снизился, намечалось повышение вирусной нагрузки.

Вывод. Таким образом, применение иммуномодуляторов при ВИЧ инфекции на фоне антиретровирусной терапии оказалось эффективным.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПРИМЕНЕНИЕМ МУЛЬТИСЛАЙСНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Джураева Н.М., Амирхамзаев А.Т.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить клиническую значимость объемной компьютерной томографии (КТ) в диагностике пациентов с острой ишемией головного мозга.

Материал и методы. Проанализированы **Результаты** обследования 48 первичных пациентов (средний возраст – $47,4 \pm 8,1$ лет) с ишемическим инсультом. Время от начала клинических проявлений инсульта до первичного обследования на бесконтрастном КТ составило в среднем $14,2 \pm 3,2$ часов, т.е. данное направление построено на анализе результатов диагностики ишемического инсульта в острейшую фазу. Степень тяжести инсульта оценивалась по шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS) и шкале комы Глазго. Подразделение пациентов по клиническому течению ишемического инсульта была необходима для выявления различий в особенностях КТ-картины головного мозга и определения возможностей нативной КТ диагностики при различных клинических ситуациях. Критериям легкой степени тяжести инсульта соответствовали 32 (66,7%) пациентов без нарушения сознания, без клиники отека мозга, с очаговой неврологической симптоматикой (оценка по шкале NIHSS в 1-е сут. < 8 баллов). Средняя степень тяжести клинического течения инсульта с нарушением сознания (оценка по шкале NIHSS 8-16 баллов, по шкале Глазго 11-14 баллов) была диагностирована в 18,8% (9 из 48) случаев. Тяжелая степень инсульта (оценка по шкале NIHSS в 1-е сут. Более 16 баллов с нарушениями сознания в виде сопора (9-10 баллов по шкале Глазго). Состояние комы (3-8 баллов по шкале Глазго) было выявлено у остальных 7 (14,6%) больных. Больные также были распределены в зависимости от размера выявленного очага инсульта. Так, к обширным или массивным инфарктам были отнесены очаги с размером максимального диаметра от 71 до 100 мм. Большие инфаркты с



поражением основных стволов мозговых артерий были определены при диаметре очага от 31 до 70 мм. Средний инфаркт был дифференцирован при размере очага от 16 до 30 мм в диаметре. В случаях обнаружения инфаркта размером от 5 до 15 мм регистрировались случаи с малыми очагами.

Результаты. Среди больных с легким течением инсульта в 53,1% (17 из 32) случаев не были выявлены очаговые изменения, тогда как у остальных 15 пациентов отмечались изменения кровотока в той или иной области. Среди больных со среднетяжелым течением ишемического инсульта частота случаев с невыявленной КТ-картиной составила 22,2% (2 из 9). А при тяжелом течении заболевания с явными клиническими признаками ОНМК во всех случаях нативная объемная КТ была эффективной и выявляла очаги поражения.

При легкой степени тяжести среди пациентов с выявленной очаговой картиной левая и правая среднемозговые артерии были поражены с равной частотой – 40,0% (6 из 15), а в остальных 3 (20%) случаях отмечено поражение вертебро-базиллярного бассейна. При ОНМК средней степени тяжести наиболее часто отмечены очаговые изменения в бассейне правой среднемозговой артерии – 57,1% (4 из 7), ишемия участков по левой среднемозговой артерии выявлены у 2 (28,6%) пациентов, и еще в 1 (14,3%) случае была поражена зона передней мозговой артерии. Тяжелое течение ОНМК характеризовалось в 71,4% (5 из 7) случаев выявляемостью очаговых изменений мозгового кровотока по левой среднемозговой артерии и по 1 (14,3%) случаю отмечались КТ-признаки нарушения мозгового кровообращения по правой среднемозговой и передней мозговой артерии.

В группе пациентов с легкой степенью тяжести и обнаруженными на нативном КТ ишемическими очагами в более чем половине случаев зоны инсульта располагались в корковом (20,0%; 3 из 15) и подкорковом (20,0%; 3 из 15) структурах обоих полушарий, а также сочетанный корково-подкорковый инсульт (33,3%; 5 из 15) кровеносных систем левой и правой среднемозговых артерий, что составило большинство, за которым по частоте следовали очаги инсульта в вертебро-базиллярном бассейне (26,7%; 4 из 15). Среди больных со средней степенью тяжести инсульта по результатам нативного КТ в зависимости от локализации очагов преобладали корково-подкорковые (42,8%; 3 из 7). Корковые инсульты, а также множество очагов отмечены с равной частотой – 28,6% (2 из 7) случаев. Таким образом, на нативном КТ у больных с клиникой ишемического инсульта средней степени тяжести не были выявлены очаги инфаркта мозга в подкорковом слое и вертебро-базиллярном бассейне. Тяжелая степень инфаркта характеризовалась подавляющим большинством (71,4%; 5 из 7) случаев корково-подкорковых инсультов, выявленных при помощи объемной МСКТ.

По данным первичного нативного КТ, выполненного в первые 24 часа от начала клинических проявлений заболевания, среди больных с легким течением инсульта преобладали средние очаги, составив 53,3% (8 из 15), не отмечены крупные размеры, а очаги больших размеров составили 33,3% (5 из 15), и в 13,3% (2 из 15) случаев были диагностированы малые размеры инфарктов.



Для ОНМК средней степени тяжести были характерны большие (42,8%; 3 из 7) и крупные (57,2%; 4 из 7) очаги инфаркта ткани головного мозга. Также и при ОНМК тяжелой степени выявлялись случаи больших размеров инфаркта, только с меньшей частотой (28,6%; 2 из 7), чем при среднетяжелом течении заболевания. При этом большинство (71,4%; 5 из 7) при тяжелых случаях ОНМК составили крупные очаги.

Симптом усиления (гиперденсивность) артерии с повышением коэффициента поглощения рентгеновского излучения в группе тяжелых случаев ОНМК был отмечен с наибольшей частотой (85,7%; 6 из 7). У пациентов со среднетяжелым инсультом данный признак выявлен в 71,4% (5 из 7) случаев. В группе легкого ОНМК гиперденсивность артерии выявлена всего в 33,3% (5 из 15) случаев, что было наименьшим среди всех больных с ОНМК и диагностированными зонами нарушения кровотока мозга при нативном МСКТ. Признак отсутствия дифференцировки серого и белого вещества мозга в зоне ишемии был также отмечен с большей частотой в тяжелых случаях ОНМК (85,7%; 6 из 7), чем при среднетяжелом (42,8%; 3 из 7) и легком течении (13,3%; 2 из 15) заболевания. Отек мозга на нативном КТ был диагностирован всего у 1 (6,7%) пациента с легким течением, в 2 (28,6%) случаях среднетяжелого ОНМК и у 5 (71,4%) больных тяжелым ОНМК. Соответственно с такими же долями встречаемости отмечена сглаженность борозд в зоне ишемического поражения головного мозга. Следующие два КТ-признака – гиподенсивность базального ганглия и признак инсультарной ленты были выявлены с частотой 20% (3 из 15), 42,8% (3 из 7) и 71,4% (5 из 7) в группах легкого, среднетяжелого и тяжелого ОНМК соответственно.

Вывод. Объемная КТ при остром ишемическом поражении головного мозга характеризуются возможностью объективной анализа статуса пораженного участка мозга, высокой значимостью при выборе терапевтической тактики и при мониторинге ее эффективности. Полученные в ходе исследования **Результаты** еще раз подтверждают целесообразность включения объемной МСКТ в мультимодальный протокол диагностики ОНМК по ишемическому типу в остром периоде развития, что дает возможность выявлять на ранних стадиях характер поражения, исключать геморрагическую форму заболевания, оценить выраженность поражения мозга, локализацию, глубину и объем очагов инфаркта, а также степень воздействия ишемизированного очага на окружающие ткани мозга.



ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ (NIRS) И ПЕРФУЗИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В КАРДИОХИРУРГИИ

Джураева Н.М., Ибадов Р.А., Амирхамзаев А.Т., Ибрагимов С.Х.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить эффективность применения перфузионной компьютерной томографии (ПКТ) и NIRS мониторинга на периоперативных этапах в сердечно-сосудистой хирургии.

Материал и методы. Мы проспективно проанализировали данные 12 пациентов (7 мужчин, 5 женщин) с сердечно-сосудистой патологией высокого риска, поступивших в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» на хирургическое лечение, с октября 2022 г. по декабрь 2022 г. Всем пациентам была выполнена ПКТ головного мозга одновременно со сбором данных NIRS мониторинга. КТ исследования проводились на широкодетекторном 640 срезовом МСКТ «Aquilion One – 640» версии Genesis (Toshiba Medical Systems, Япония). Области интереса были получены на 2,5 см ниже бифронтального датчика NIRS при ПКТ со средним объемом от 2 до 4 мл. Определяли следующие параметры церебральной перфузии: церебральный кровоток (CBF, мл/100 г/мин); церебральный объем крови (CBV, мл/100 г); среднее время транзита контрастного вещества (МТТ, сек). При этом средние значения CBF использовались для целей анализа. CBF был связан с CBV и МТТ в следующем уравнении: $CBF=CBV/MTT$. Мониторинг церебральной оксиметрии выполнен на приборе версии Equanox™ с 3 и 4 длинами волн (Nonin Medical, Плимут, Миннесота). Прибор использует аналогичную для таковых систем мониторинга технологию. Бифронтальные оптоды были помещены на кожу головы с расстоянием между оптодами 4-5 см.

Результаты. Средние значения CBF, установленные при ПКТ, составили: $51,2 \pm 21,28$ мл/100 г/мин (N=43,6–76,4 мл/100 г/мин) для левого полушария; и $50,2 \pm 21,21$ мл/100 г/мин (N=43,4–77,4 мл/100 г/мин) для правого полушария. Средние CBV составили $3,25 \pm 1,04$ мл (N=2,34–3,93 мл) для левого полушария и $3,27 \pm 1,00$ мл (N=2,29–4,48 мл) для правого. Среднее значение МТТ составило $3,32 \pm 0,7$ сек. (N=3,01–3,78 секунды) для левой и $3,45 \pm 0,837$ сек. (N=3,01–4,22 сек.) для правой. Данные, собранные NIRS мониторингом, были следующими: среднее значение для левой фронтальной оксиметрии составило $70,5 \pm 9,02$ оксиметрических единиц (N=60–87), и $70,2 \pm 10,7$ оксиметрических единиц (N=56–84) для правой. Линейный регрессионный анализ продемонстрировал статистически значимое значение вероятности при сравнении показателей фронтальной оксиметрии и значений CBF. Была показана линейная корреляция измерений оксигенации головного мозга во фронтальной NIRS с регионарным CBF при ПКТ ($p < 0,0001$).



Заключение. Фронтальное измерение церебральной оксигенации (NIRS brain) может служить полезным, неинвазивным инструментом мониторинга прямой оценки оксигенации мозга на периперативных этапах в сердечно-сосудистой хирургии. В случаях выявления неврологической симптоматики в раннем послеоперационном периоде после кардиохирургических операций, определяемых с помощью NIRS мониторинга, рекомендуется проведение ПКТ, при которой выявляются очаги инсульта и устанавливается их генез.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Долич В.Н., Поздняков М.В., Мазилев С.И., Комлева Н.Е., Заикина И.В.
Саратовский МНЦ гигиены ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения»

Актуальность. Высокая распространенность ожирения среди трудоспособного населения является одной из наиболее актуальных медико-социальных и экономических проблем общественного здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время ожирение является глобальной пандемией во всем мире. Активная разработка и внедрение государственных программ, направленных на профилактику ожирения, не приносят желаемого результата и за последние 8 лет его распространенность возросла в среднем на 66% в различных регионах Российской Федерации.

Результаты многочисленных исследований доказывают, что основными модифицируемыми факторами риска развития ожирения являются избыточное потребление калорий и низкий уровень физической активности. Несмотря на многообразие научных исследований, отражающих влияние данных факторов риска развития ожирения, эффективность его профилактики остается на низком уровне и требует внедрения дополнительных мероприятий по ее совершенствованию. Основная задача в реализации совершенствования профилактики ожирения должна заключаться в обеспечении доступного способа повышения информированности трудоспособного населения не только о причинах развития ожирения, но и о его роли в развитии других заболеваний. Необходимо также учитывать целесообразность персонализированного подхода к профилактике ожирения. Одним из путей совершенствования профилактики данного заболевания может являться использование медицинских информационных систем, направленных на своевременное выявление ожирения, ассоциированных с ним неинфекционных заболеваний, а также факторов риска их развития. Если первые медицинские информационные системы были предназначены только для медицинских работников, то в последние два десятилетия появилось множество медицинских информационных систем для взаимодействия врача с



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



пациентом. Этому способствует удешевление и широкое распространение персональных компьютеров и смартфонов, постоянное увеличение скорости доступа к сети «Интернет».

Цель исследования: разработка информационно-аналитической системы для диагностики ожирения, избыточного веса и хронических неинфекционных заболеваний, ассоциированных с ожирением, среди трудоспособного населения.

Материалы и методы исследования. На базе Саратовского МНЦ гигиены ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» с

Целью совершенствования профилактики ожирения среди трудоспособного населения разработана информационно-аналитическая система (ИАС). ИАС представляет собой комплекс программ, состоящий из двух взаимосвязанных функциональных модулей. Модуль предварительного анализа и обработки данных с подсистемой многомерного статистического анализа данных и экспертной системы анализа полученных результатов и поддержки принятия решения в области медицинской диагностики, разработанной на языке программирования искусственного интеллекта. Относительная диагностическая значимость признака оценивалась как на основании опыта и знаний эксперта, так и на основании результатов многомерного статистического анализа.

Результаты исследования. Разработана информационно-аналитическая система (ИАС) с

Целью совершенствования профилактики ожирения среди трудоспособного населения. Основной **Целью** программного продукта является ранняя диагностика ожирения, избыточной массы тела и хронических неинфекционных заболеваний, ассоциированных с ожирением, с последующим определением необходимого и достаточного спектра клинико-лабораторного и клинико-инструментального обследования, а также для оптимизации маршрутизации пациентов. Внедрение ИАС в практическое здравоохранение особенно актуально для той категории пациентов, для которой специализированная медицинская помощь является малодоступной, что может быть обусловлено территориальной удаленностью лечебных учреждений, дефицитом диагностического оборудования и недоукомплектованностью специалистами участковых лечебно-профилактических учреждений.

Разработанной ИАС может пользоваться как пациент с помощью WEB-технологий, так и специалист (врач, фельдшер), для которых область признакового пространства расширена, так как содержит данные физикального, клинико-лабораторного и клинико-инструментального обследования. При самостоятельном использовании программного продукта пациент заполняет дневник суточного рациона, что позволяет оценить особенности фактического питания и определить дефициты и/или профициты микро- и макронутриентов, потребление калорий; отвечает на вопросы, направленные на оценку особенностей физической активности, факторов образа жизни и условий труда; регистрирует антропометрические показатели в соответствии с инструкцией. На основании анализа данных предоставляются предварительное заключение и рекомендации о необходимых клинико-лабораторных и клинико-инструментальных



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



исследований. При выявлении ожирения определяется его тип, согласно этиопатогенетической классификации: экзогенно-конституциональное (гиноидное, андроидное), симптоматическое (с установленным генетическим дефектом, церебральное, эндокринное, ятрогенное). С учетом полученных данных определяются риски развития хронических неинфекционных заболеваний, ассоциированных с ожирением (сахарный диабет 2-го типа, заболевания системы кровообращения и пр.), а также приоритетные факторы риска индивидуально для каждого пациента. В системе профилактики важное значение имеют модифицируемые факторы. Пациенту предоставляются рекомендации, направленные на повышение информированности о факторах риска развития ожирения и ассоциированных с ним заболеваний, о возможных осложнениях, о принципах здорового питания и здорового образа жизни.

В настоящее время накапливается база знаний для дальнейшего совершенствования процедуры предварительной диагностики с помощью разработанной ИАС.

Программный продукт может быть реализован как в виде самостоятельного приложения, устанавливаемого на персональный компьютер или смартфон, так и в виде онлайн версии, требующей от пациента только наличия интернет-браузера и подключения к сети «Интернет».

При создании программного средства, учитывалось современное состояние проблемы в данной области – это активное развитие информационных технологий и средств телекоммуникаций, широкое внедрение тестовых технологий в различные сферы, повышение уровня информатизации медицинских учреждений, необходимость повышения качества и оперативности медицинской помощи.

Выводы.

Внедрение ИАС позволит совершенствовать профилактику ожирения среди трудоспособного населения посредством ранней диагностики данной патологии, избыточной массы тела и хронических неинфекционных заболеваний, ассоциированных с ожирением. Применение ИАС создаст условия для повышения доступности квалифицированной медицинской помощи.

Внедрение ИАС будет способствовать индивидуальному повышению информированности пациента о факторах риска развития ожирения, ассоциированных с ним хронических неинфекционных заболеваний, о возможных осложнениях и способах профилактики.



НЕДОСТАТОК ВИТАМИНА D В РАЗВИТИИ РЕБЕНКА

Досыбаева Г.Н.1, Отумбаева Е.Т.2, Кошекoва Г.М.3, Рысбай Д.М.4, Слам Р.Ш.5
Д.м.н., профессор, зав.кафедрой «ВОП-2» АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», Шымкент, Казахстан» 1

Магистр медицины, ассистент кафедры «ВОП-2» АО «ЮКМА»2

Врачи-интерны кафедры «ВОП-2» АО «ЮКМА», Шымкент, Казахстан3, 4, 5

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на высокие достижения в медицине, частота заболеваемости рахитом все еще занимает верхние позиции. Зная о профилактических мерах, соблюдение этих правил достигается с трудом или вовсе не соблюдается, что ведет к росту болезни и развитию осложнений. Витамин D играет важную роль в развитии рахита. Помимо классических скелетных воздействий, витамин D оказывает и другие существенные внеклеточные эффекты, которые могут осложнять течение заболевания и иметь долгосрочные последствия для здоровья детей и в старшем возрасте.

ВВЕДЕНИЕ. Рахит, исторически называемый «английской болезнью», широко распространен во всем мире. Первое упоминание о рахите встречается в трудах древнегреческого врача Сорана Эфесского (98- 138 г.), который наблюдал деформацию нижних конечностей и позвоночника у детей и объяснял ее ранним началом ходьбы [1]. Однако, первые описания клинической картины и патологической анатомии были только в XVII веке английским анатомом и ортопедом F.Glisson (1650) [2]. Английское название «rickets» произошло от древнеанглийского «wrickken», что означает «искривлять», а Ф.Глиссон изменил его на греческое «rachitis» (болезнь спинного хребта), так как при рахите значительно деформируется позвоночник. Наибольшую распространенность рахит приобрел во время Первой мировой войны в Европе. Столетие назад рахитом страдало более 25% детей в Великобритании [3]. В настоящее время рахит является одним из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний детей в развивающемся мире [4].

Рахит характеризуется деформацией костей и задержкой роста. Деформации нижних конечностей, такие как кривые ноги, согнутые колени или ветреные изменения, могут привести к выраженной инвалидности, и девочки с деформацией таза могут умереть во время затрудненных родов [5].

Главной причиной болезни является отсутствие фосфата в костной ткани, вследствие недостаточного поступления витамина D в организм. Несмотря на то, что дефицит витамина D является причиной заболевания, на развитие болезни влияют нарушение Ca и P обмена в организме.

ЦЕЛЬ: определить наличие и частоту гиповитаминоза D на первичном приеме врача общей практики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На первичном приеме у врача общей практики было обследовано 205 детей в возрасте от 6 месяцев до 2-х лет, обратившихся по болезни и



медицинскому осмотру. Из всех обследованных 45% - «здоровые дети», т.е. обратившиеся на медицинский осмотр, остальные 55% - по разным причинам заболеваемости.

Результаты исследования. По данным проведенного исследования, наличие признаков рахита было выявлено у недоношенных детей, детей с анемией, и у детей искусственного вскармливания.

Результаты объективного осмотра, общего анализа крови и витамин D показало: у 59% обследованных было обнаружено наличие гиповитаминоза D, анемия I степени у 25%, анемия II степени у 11%.

Распространенность гиповитаминоза D у девочек и мальчиков одинакова. В возрасте 6-12 месяцев наличие симптомов было выявлено у 67%, в возрасте 1-1,5 года выявление регистрировалось у 24%, у детей старше 1,5 года симптомы рахита наблюдалось у 10-12% детей.

ВЫВОДЫ. Таким образом, проблемы рахита в настоящее время остается одной из главных задач в работе врачей первичного звена. Несмотря на наличие достаточного объема поли и моно витаминов в продаже, недостаток витамина D в организме все еще встречается, тем самым остается актуальной темой в педиатрии. В настоящее время особое значение имеет проблема профилактики рахита, которая связана со снижением социально-экономического состояния качества жизни, снижением количества детей в естественном питании, загрязнением воздуха в крупных мегаполисах (снижение инсоляции), частые случаи патологии ЖКТ у детей. Рахит – это заболевание, которое можно и нужно предотвратить.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФРАБОНЕ

Дурсунов А.М.,¹ Рузикулов О.Ш.²

1 Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр

Травматологии и ортопедии (директор, проф. Ирисметов М.Э.)

2 Самаркандский Филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра Травматологии и ортопедии

Актуальность темы. Использование для пластики дефектов кости искусственных материалов, идентичных минеральному компоненту костного вещества, привлекает пристальное внимание исследователей. Особое место среди биоактивных керамик занимают трикальцийфос-фат и гидроксипатит, обладающие не только высоким сродством с костной тканью, но и способностью к биодеградации. В последние годы потребность в костных трансплантатах для реконструкции скелета значительно увеличилась в связи с успехами в понимании биологических процессов при трансплантации кости. Остеоиндуктивные и остеокондуктивные свойства, Фрабоне



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



позволили применить его в клинической практике при лечении больных с ложными суставами длинных трубчатых костей. В зависимости от величины и распространенности повреждения кости, а также изменения костной ткани при ложных суставах придерживались различной тактики.

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с и ложными суставами длинных костей конечностей.

Материал и методы исследования. Во всех случаях в ходе операции фиброзные и рубцовые ткани иссекали, после этого костные отломки мобилизовали по возможности поднадкостнично, производили вскрытие костномозговых каналов в дистальном и проксимальном отломках с помощью острой ложки, сверла или развертки. Производили освежение соприкасающихся поверхностей с помощью распатора, выполняли декортикацию или туннелизацию кости по Беку. После предварительной адаптации костных отломков, межотломковой компрессии и остеосинтеза одним из указанных способов, имеющиеся дефекты между отломками заполняли гранулами препарата Фрабоне. В послеоперационном периоде производили раннюю активизацию больных. Разрешали вставать, дозировано нагружая оперированную конечность через 2-3 суток после операции. При наличии выраженного отека оперированной конечности проводился курс соответствующей сосудистой терапии (внутривенно – реосорбилакт 200 мл, трентал 100 мг/5мл. в течение 2-3 дней, фленокс, циклоферон 5-10 дней), холод, возвышенное положение конечности.

Результаты исследования. **Результаты** лечения прослежены у 4 больных. Из них 3 были с ложными суставами бедренной кости и 1 больной с ложными суставами костей голени. Возраст пациентов от 28 до 64 лет. Из них мужчин – 2, женщин – 2. Все пациенты были оперированы. Выполняли погружной остеосинтез пластиной АО в 1 случае с ложным суставом нижней трети бедренной кости. При этом БИОС производили у 3 пациентов. Из них - у 2 БИОС бедренной кости, большеберцовой кости – у 1 пациента. Проводили динамическое наблюдение за оперированными больными с выявлением жалоб, оценки общего состояния, местного статуса. Выполняли лабораторные исследования периферической крови и состояния свертывающей системы через сутки после операции с последующим контролем в течение 2-3 недель по необходимости.

Вывод. Наличие каналов в синтетической грануле ФРАБОНЕ диаметром от -50 до 200 мкм действуют как каналы для кровеносных сосудов, которые обеспечивают необходимое питание для роста костей и метаболизма компактных костей. Микроканалы и межгранулярные пространства позволяют эффективно формировать кровеносные сосуды и проникать остеобластам, которые являются предшественниками образования новой кости, а также остеокластам, которые способствуют резорбции имплантированных материалов и ремоделированию кости.



СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Дурсунов А.М.,¹ Рузикулов О.Ш.,² Шодиев Б.У.¹

- 1 Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
Травматологии и ортопедии (директор, д.м.н.проф. Ирисметов М.Э.)
2 Самаркандский Филиал Республиканского специализированного научно-
практического медицинского центра Травматологии и ортопедии

Способ лечения ложных суставов длинных костей, включающий создание доступа, декортикацию в зоне нарушения репаративного остеогенеза, при которой захватывают здоровую костную ткань в проксимальном и дистальном направлениях от зоны нарушения консолидации, и множественное просверливание каналов, отличающийся тем, что обнажают участок гипертрофированного ложного сустава, костные отломки очищают от мягкотканых спаянных рубцовых тканей, затем производят продольную туннелизацию на 2-3 см выше концов обоих костных фрагментов, насечки глубиной 3-4 мм на дистальном конце гипертрофированной чашеобразной костной мозоли и множественные просверливания у основания гипертрофированной чашеобразной костной мозоли сверлом диаметром 2-3 мм по кругу, а после - костодержателем, мягко надавливая на чашеобразную поверхность гипертрофированной мозоли, формируют костный цилиндр, репозируют края дистальных и проксимальных костных фрагментов, выполняют компрессионный остеосинтез костных отломков.

Актуальность Проблема лечения ложных суставов длинных костей насчитывает не один десяток лет. Эта проблема обусловлена тем, что даже в случае правильного выбора тактики лечения (osteosynthesis, immobilization), консолидация может быть нарушена как вследствие качества костной ткани, так и в силу общих (метаболических, эндокринных, фоновых заболеваний и т.д.) нарушений (1,2,8). Усовершенствование методов хирургического лечения травм дало возможность использовать различные костные трансплантаты, имеющие высочайший потенциал в лечении ложных суставов, или в других случаях необходимости замещения дефектов костной ткани (4,5,6).

Для улучшения результатов лечения больных с ложными суставами длинных костей нами разработан способ, задачей который являются повышение эффективности хирургического лечения ложных суставов длинных костей в условиях нарушенного кровообращения, за счет восстановления притока крови из измененных и здоровых участков кости с использованием собственных тканей, уменьшение сложности и длительности оперативного вмешательства, снижение травматичности операции, ранняя активизация и реабилитация пациентов(3).

Материал и методы. Для решения поставленной задачи предложен способ лечения ложных суставов длинных костей, включающий создание доступа, декортикацию в зоне нарушения репаративного остеогенеза, при которой захватывают здоровую



костную ткань в проксимальном и дистальном направлениях от зоны нарушения консолидации, и множественное просверливание каналов, отличающийся тем, что обнажают участок гипертрофированного ложного сустава, костные отломки очищают от мягкотканых спаянных рубцовых тканей, затем производят продольную туннелизацию на 2-3 см выше концов обоих костных фрагментов, насечки глубиной 3-4 мм на дистальном конце гипертрофированной чашеобразной костной мозоли и множественные просверливания у основания гипертрофированной чашеобразной костной мозоли сверлом диаметром 2-3 мм по кругу, а после - костодержателем, мягко надавливая на чашеобразную поверхность гипертрофированной мозоли, формируют костный цилиндр, репонируют края дистальных и проксимальных костных фрагментов, выполняют компрессионный остеосинтез костных отломков(3).

Способ лечения ложных суставов длинных костей отличается тем, что при обнажении участка гипертрофированного ложного сустава костные отломки очищают от мягкотканых спаянных рубцовых тканей, затем производят продольную туннелизацию на 2-3 выше концов обоих костных фрагментов, насечки глубиной 3-4 мм на дистальном конце гипертрофированной чашеобразной костной мозоли и множественные просверливания у основания гипертрофированной чашеобразной костной мозоли сверлом диаметром 2-3 мм по кругу, а после - костодержателем, мягко надавливая на чашеобразную поверхность гипертрофированной мозоли, формируют костный цилиндр, репонируют края дистальных и проксимальных костных фрагментов, выполняют компрессионный остеосинтез костных отломков.

Выполнение продольной туннелизации на 2-3 см выше концов обоих костных фрагментов, улучшает микроциркуляцию в зоне ложного сустава.

Выполнение насечек глубиной 3-4 мм на дистальном конце гипертрофированной чашеобразной костной мозоли позволяет костным отломкам легко адаптироваться к отломкам на проксимальном конце, улучшает микроциркуляцию в зоне ложного сустава.

Выполнение множественных просверливаний у основания гипертрофированной чашеобразной костной мозоли сверлом диаметром 2-3 мм по кругу сохраняет кровоснабжение у линии материнской кости гипертрофированной костной мозоли, восстанавливает объем костной ткани, при этом отпадает необходимость использования искусственных ауто-, алло- или синтетических остеопластических материалов.

Формирование цилиндра из костной мозоли позволяет улучшить метаболические процессы в костных тканях, практически восстановить соотношение длины сегмента в оперированной конечности.

Репонирование краев дистальных и проксимальных костных фрагментов позволяет восстановить анатомическую целостность оперированной конечности.

Использование собственной ткани снижает риск операционных осложнений, уменьшает сложность и длительность оперативного вмешательства, исключает выполнение дополнительных оперативных вмешательств по взятию аутокости из донорского участка, позволяет улучшить качество жизни пациентов.

Таким образом, предлагаемый способ позволяет уменьшить травматичность операции, сложность и длительность оперативного вмешательства, повысить эффективность хирургического лечения ложных суставов длинных костей, раньше активизировать и реабилитировать пациентов, обладает новизной и может быть применим в практической медицине.

Выполнение способа поясняется рисунками.

На рис. 1 представлен обнаженный участок гипертрофированного ложного сустава, где (1) - край гипертрофированной костной мозоли, (2) - форма чаши, (3) – место нанесения насечек долотом, (4) – место туннелизации по Беку обоих фрагментов длинной кости; на рис. 2 – блокируемый интрамедулярный остеосинтез, где (6) - адаптированные края костных фрагментов.

Способ осуществляют следующим образом. После обработки операционного поля производят разрез кожи, обнажают участок гипертрофированного ложного сустава острым и тупым путем (рис. 1). Выделяют концы костных отломков щадящим образом - не повреждая надкостницу. Затем, концы костных отломков очищают от спаянных рубцовых тканей. Проводят ревизию ложного сустава. Края гипертрофированной костной мозоли (1) - в форме чаши (полусферы), размером большим, чем материнское ложе костного отломка (толщина чаши может варьировать от 0,5 см до 1,0 см) (2), на одном конце костного отломка, освежают, путем нанесения насечек глубиной 3-4 мм долотом (3). Спицей производят продольную туннелизацию по Беку (просверливание каналов для улучшения кровообращения костных отломков) на протяжении 2-3 см от концов костных отломков обоих фрагментов (4). После определения линии разграничения материнской кости и гипертрофированной чашеобразной костной мозоли производят множественные просверливания при помощи сверла диаметром 2-3 мм по кругу (5). Мягко надавливая на чашеобразную поверхность, костодержателем по кругу формируют цилиндр. Костные фрагменты на краях дистального и проксимального отделов длинной кости адаптируют (репонируют) (6) и производят блокируемый интрамедулярный остеосинтез (рис.2) с целью предотвращения дальнейшего нарушения микрогемодикуляции. Рану обрабатывают антисептиками. Мягкие ткани ушивают послойно.

Пример: Я., 1960 г.р., история болезни № 5489, поступил в отделение 05.09.2019 г. с диагнозом: ложный сустав средне-нижней трети левой плечевой кости, регионарный остеопороз.

Больной оперирован за 1,5 года до поступления в отделение аппаратом Илизарова. Через 3 мес после операции произведен демонтаж аппарата. Через 1 мес после снятия аппарата больной повторно упал на левое плечо, почувствовал боль и подвижность, ходил в гипсовой повязке в течение двух месяцев. Клинико-рентгенологически определен ложный сустав средне-нижней трети левой плечевой кости. В зоне перелома рентгенографически определена щель между костными фрагментами на фоне гипертрофии сочленяющихся поверхностей.



Больному 6.09.2019 г. выполнена операция. В зоне перелома рассечены мягкие ткани до кости. При ревизии выявлен гипертрофированный ложный сустав в виде чаши (полусферы), костная мозоль имеет большие параметры, чем материнское ложе костного отломка, толщина чаши варьирует от 0,5 см до 1,0 см. Края костных отломков освежены путем нанесения насечек глубиной 3-4 мм долотом. Спицей произведена продольная туннелизация по Беку на протяжении от 2 до 3 см от концов костных отломков в обоих фрагментах плечевой кости. Определена линия разграничения материнской кости и гипертрофированной чашеобразной костной мозоли. Произведены множественные просверливания сверлом, диаметром 2-3 мм, по кругу. Мягким надавливанием на чашеобразную поверхность, костодержателем сформирован цилиндр. Края костных фрагментов репонированы, произведен блокируемый интрамедулярный остеосинтез левой плечевой кости. Мягкие ткани ушиты послойно. Послеоперационный период гладкий. Назначены антибиотики, препараты для улучшения микрогемодинамики, иммунного статуса, остеопротекторы и магнитолазеротерапия.

Больной выписан 13.09.2019 г. в удовлетворительном состоянии.

Через 3,5 месяца после операции клинико-рентгенологическая картина полной консолидации. Функции плечевого и локтевого суставов сохранены.

Результаты. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты применения способа лечения ложных суставов длинных костей у 5 больных в возрасте от 26 до 54 лет. У 4 больных получены положительные результаты (хороший результат — у 4 пациентов, удовлетворительный — у 1). Неудовлетворительных результатов у пациентов выявлено не было. По данным рентгенологического обследования у 4 пациентов через 5 мес после операции выявлено практически полное восстановление анатомических структур в зоне ложного сустава длинных костей. Сроки консолидации составили от 3,5 до 6,0 месяцев. Инфекционных осложнений ни в одном случае не наблюдалось.

Анализ результатов показал, что технически правильно выполненная операция по лечению ложного сустава длинной кости позволяет восстановить нормальные анатомические соотношения с минимальной резекцией костных тканей и функции поражённой конечности с сохранением положительного результата на всём сроке наблюдения.

Выводы. Способ лечения ложных суставов длинных костей удобен и прост. Позволяет с меньшей сложностью оперативного вмешательства использовать местные костные ткани без витализации (без нарушения локального кровообращения), с минимальной травматизацией окружающих тканей и сосудов, без использования искусственных остеопластических материалов, без дополнительной травматизации пациента для получения аутотрансплантата, высокоэффективным путём. Предлагаемый способ может сочетаться с любым видом остеосинтеза.



ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Дурсунов А.М.,¹ Рузикулов О.Ш.²

- 1 Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Травматологии и ортопедии (директор, проф. Ирисметов М.Э.)
- 2 Самаркандский Филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра Травматологии и ортопедии

Актуальность темы. Проблема лечения ложных суставов длинных костей насчитывает не один десяток лет. Эта проблема обусловлена тем, что даже в случае правильного выбора тактики лечения (остеосинтез, иммобилизация), консолидация может быть нарушена как вследствие качества костной ткани, так и в силу общих (метаболических, эндокринных, фоновых заболеваний и т.д.) нарушений. Усовершенствование методов хирургического лечения травм дало возможность использовать различные костные трансплантаты, имеющие высочайший потенциал в лечении ложных суставов, или в других случаях необходимости замещения дефектов костной ткани.

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с и ложными суставами длинных костей конечностей.

Для улучшения результатов лечения больных с ложными суставами длинных костей нами разработан способ, задачей который являются повышение эффективности хирургического лечения ложных суставов длинных костей в условиях нарушенного кровообращения, за счет восстановления притока крови из измененных и здоровых участков кости с использованием собственных тканей, уменьшение сложности и длительности оперативного вмешательства, снижение травматичности операции, ранняя активизация и реабилитация пациентов.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной задачи предложен способ лечения ложных суставов длинных костей, включающий создание доступа, декорткацию в зоне нарушения репаративного остеогенеза, при которой захватывают здоровую костную ткань в проксимальном и дистальном направлениях от зоны нарушения консолидации, и множественное просверливание каналов, отличающийся тем, что обнажают участок гипертрофированного ложного сустава, костные отломки очищают от мягкотканых спаянных рубцовых тканей, затем производят продольную туннелизацию на 2-3 см выше концов обоих костных фрагментов, насечки глубиной 3-4 мм на дистальном конце гипертрофированной чашеобразной костной мозоли и множественные просверливания у основания гипертрофированной чашеобразной костной мозоли сверлом диаметром 2-3 мм по кругу, а после - костодержателем, мягко надавливая на чашеобразную поверхность гипертрофированной мозоли, формируют костный цилиндр, репонировать края дистальных и проксимальных костных фрагментов, выполняют компрессионный остеосинтез костных отломков.



Результаты исследования. Способ лечения ложных суставов длинных костей отличается тем, что при обнажении участка гипертрофированного ложного сустава костные отломки очищают от мягкотканых спаянных рубцовых тканей, затем производят продольную туннелизацию на 2-3 выше концов обоих костных фрагментов, насечки глубиной 3-4 мм на дистальном конце гипертрофированной чашеобразной костной мозоли и множественные просверливания у основания гипертрофированной чашеобразной костной мозоли сверлом диаметром 2-3 мм по кругу, а после - костодержателем, мягко надавливая на чашеобразную поверхность гипертрофированной мозоли, формируют костный цилиндр, репозируют края дистальных и проксимальных костных фрагментов, выполняют компрессионный остеосинтез костных отломков.

Вывод. Предлагаемый способ позволяет уменьшить травматичность операции, сложность и длительность оперативного вмешательства, повысить эффективность хирургического лечения ложных суставов длинных костей, раньше активизировать и реабилитировать пациентов.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.

Дурсунов А.М., Рузикулов О.Ш., Саматов Ж.Ж., Мирзаев А.К., Маннонов А.А., Сатторов Д.М., Сатторов А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии
Самаркандский филиал РСНПМЦТО

Актуальность. Переломы плечевой кости составляют от 3 % до 5 % всех переломов длинных костей. Хирургические методы лечения переломов плечевой кости в себя включают остеосинтез пластинками, закрытый интрамедулярный блокирующий остеосинтез, компрессионно-дистракционный остеосинтез различными аппаратами внешней фиксации. Несмотря на это несращение переломов плечевой кости составляют от 2 % до 13 %. Развитие несращения и ложных суставов имеет многофакторное происхождение. К факторам риска несращения переломов костей и ложных суставов относятся: тип и характер перелома, состояния мягких тканей место перелома, вида фиксации место перелома, наличия сопутствующих заболеваний, возраста, наличия инфекционных осложнений и т.д.

Материал и методы исследования. Нами проведена ретроспективный анализ историй болезней, проходивших лечение в Самаркандском Филиале РСНПМЦТО с 2018 по 2022 года у 24 больных. Из них мужчин составило 21, женщин 3, средний возраст пациентов составило 46,54. По локализации несращения: левой плечевой кости было 11, правой 13. На основе классификации Вебера -Чеха у 15 пациентов было атрофическое, у 8



пациентов гипертрофическое, у 1 олиготрофическое ложных суставов. По механизму первоначальной травмы: бытовая травма 12, уличная травма 2, спортивная травма 4, дорожно-транспортная травма 4. Из анамнеза у 22 было закрытые переломы, у 2 открытые переломы. Средние сроки образования ложных суставов составило 8-12 месяца. Пациенты переносящий одну операцию до обращения составило 1, двухкратную операцию - 4, трёхкратную операцию - 3. Всем больным было выполнено общеклиническое обследование, по стандартам лечения Министерство Здравоохранения Республики Узбекистана.

Результаты. Хирургическое вмешательство выполнены под общей анестезией. Хирургический доступ было выбрано в зависимости от предыдущей операции, и места ложного сустава. При ложных суставах проксимальной и средней третьих плечевой кости использовали переднебоковой доступ, а при ложных суставах нижней части использовался задний доступ. После открытия место ложного сустава было удалено фиксирующего конструкции если такова имелись, затем проведено санация, усечена псевдокапсула и фиброзная ткань, склеризированная кость экономно иссекались до появления кровотечения на концах кости. После вскрытия костномозгового канала были исправлены деформация и ротационное смещение. В зависимости от места локализации псевдоартроза были использовано LCP пластины, БИОС, аппараты внешней фиксации. В зависимости от степени дефекта использовали аутотрансплантат взятое из гребня подвздошной кости или малоберцовой кости. Послеоперационном периоде было назначено антибиотики, препараты улучшающих микроциркуляции аналгетики. С 1-3 сутки начата функциональная реабилитация, через 4 недели дозированная упражнения в смежных суставах.

Выводы. Бережная обработка концов ложных суставов, стабильная фиксация, адекватная заполнения дефекта путём имплантации костным аллотрансплантатам являются важным условиями для консолидации костей.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

Ермагамбетова А.П1., Ахмадеева Л.Р.2,3

1Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан

2ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, г.Уфа, Россия
3Академия Наук Республики Башкортостан, г.Уфа, Россия

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) - одно из наиболее грозных и распространенных осложнений многих заболеваний, развивается в результате окклюзии артериального русла легких тромбом, первично образовавшимся в венах



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



большого круга кровообращения либо в полостях правого отдела сердца и мигрировавшим в сосуды легких с током крови. В структуре смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний ТЭЛА занимает третье место после инфаркта миокарда и инсульта. Ежегодно от ТЭЛА погибает 0,1% населения земли. Летальность среди пациентов без патогенетической терапии, в среднем, составляет порядка 40-70%. Адекватная антикоагулянтная терапия позволяет достичь значительного снижения показателя летальности (до 2–8%). Распространенность ТЭЛА гораздо выше, что связано трудностью ее диагностики при полиморфизме развивающихся клинических симптомов. Наиболее частыми причинами развития ТЭЛА являются: тромбоз глубоких вен голени; тромбоз нижней полой вены и ее притоков; сердечно-сосудистые заболевания, предрасполагающие к появлению тромбов и эмболий в легочной артерии; септический генерализованный процесс; онкологические заболевания; антифосфолипдный синдром. К факторам риска ТЭЛА относятся: длительное состояние обездвиженности (постельный режим, частые и продолжительные авиаперелеты, поездки, парез конечностей); хроническая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность; прием большого количества диуретиков (массовая потеря воды приводит к дегидратации, повышению гематокрита и вязкости крови); злокачественные новообразования; длительный прием некоторых лекарственных препаратов (оральные контрацептивы, заместительная гормональная терапия), повышающих свертываемость крови; варикозная болезнь; нарушения обмена веществ, гемостаза (гиперлипидпротеинемия, ожирение, сахарный диабет, тромбофилия); хирургические операции и внутрисосудистые инвазивные процедуры; застойная сердечная недостаточность, церебральные инсульты, инфаркт миокарда; травмы спинного мозга, переломы крупных костей; химиотерапия; беременность, роды, послеродовый период; курение; пожилой возраст. Как известно, жалобы при ТЭЛА неспецифичны. Необходимо заподозрить ТЭЛА в большинстве случаев при появлении следующих жалоб: одышка; боль в груди; предсинкопе или обморок; кровохарканье. В некоторых случаях ТЭЛА может развиваться бессимптомно и обнаруживаться случайно во время диагностического обследования при поиске другого заболевания.

Цель исследования. Провести анализ клинического случая острой люмбоишиалгии при гнойном гоните, осложнившимся ТЭЛА. Пациент К., 1994 года рождения, госпитализирован в экстренном порядке в многопрофильный стационар.

Материал и методы. Жалобы пациента при поступлении в стационар на боль и чувство жжения в левой ноге, невозможность наступить на пятку, затруднения при ходьбе, общую слабость. Анамнез заболевания: заболел остро, на фоне неловкого движения, болен на момент осмотра в течение 2-х недель. Лечился по месту жительства, без эффекта. В связи с усилением болевого синдрома, был направлен на стационарное лечение.

Результаты. Объективно: общее состояние средней тяжести. Пациент нормостенической конституции. Кожные покровы обычной окраски, чистые. По



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



внутренним органам - без видимой патологии. Частота дыхательных движений -18 в мин. Частота сердечных сокращений (ЧСС) - 78 в минуту. Артериальное давление – 120/80 мм рт. ст. Неврологический статус. Сознание чсное. Со стороны черепных нервов – без видимой патологии. Видимых парезов не выявлено. Сухожильные рефлексы равные, патологических стопных и кистевых симптомов нет. Координаторные пробы выполняет правильно. Отмечается болезненность при пальпации икроножной мышцы слева, положительные симптомы натяжения слева, гипестезия по передне-внутренней поверхности голени, местная гипертермия в области левого коленного сустава. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты - $4,45 \times 10^{12}/л$; Hb-133г/л.; цветной показатель - 0,9; тромбоциты - $328 \times 10^6/л$, лейкоциты- $15,0 \times 10^9/л$.; сегментоядерные - 82%; моноциты - 2%; лимфоциты - 16%; Ht-41%; СОЭ - 15 мм/час. Общий анализ мочи: белка нет, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, ацетон-кетон - отрицательные. Электрокардиограмма (ЭКГ): синусовый ритм с ЧСС 77 уд в мин. Нормальное положение электрической оси сердца (ЭОС). Осмотр травматолога. Диагноз: Разрыв крестообразной связки коленного сустава слева. Рекомендовано оперативное лечение. Осмотр терапевта. Диагноз: Хронический бронхит в стадии обострения. Через 15 часов от момента поступления состояние резко ухудшилось, пациент стал жаловаться на чувство нехватки воздуха, боли в грудной клетке. Проведена ЭКГ. Заключение: синусовая тахикардия с ЧСС 115 уд в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Выраженные изменения верхушечной и ниже-боковой стенки, согласовать с клиникой. В связи с подозрением на ТЭЛА был вызван реаниматолог. Несмотря на начатые лечебные мероприятия у пациента через 40 минут наступила остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта.

Выводы. Таким образом, в данном клиническом случае трудность диагностики ТЭЛА была связана с недостаточной выраженностью клинических проявлений и кратковременностью пребывания в стационаре. Практическому врачу-неврологу необходимо знать клинические критерии ТЭЛА, уметь рассчитать вероятность развития с учетом факторов риска для своевременной диагностики ТЭЛА с использованием следующих шкал: «Оценка клинической вероятности ТЭЛА по модифицированной Женевской шкале», «Оценка клинической вероятности ТЭЛА по шкале Wells».



ВЗАИМОСВЯЗЬ ВНЕШНЕЙ КОНФИГУРАЦИИ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА ОТ ИЗВИЛИН ЛОБНОЙ И ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛЕЙ.

ЖАЙЛЫБАЕВ.М.С.

ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА

Актуальность темы: Учение об индивидуальной изменчивости органов, систем и формы тела человека, является одним из направлений современной морфологической науки. Индивидуальная анатомическая изменчивость изучается более восьми десятилетие. Вместе с тем, сегодня эта тема далеко до сколько-нибудь обозримого завершения как теоретических, так и практических направлений этого учения. Не раскрыты многие индивидуальные особенности строения извилин полушарий большого мозга: немногочисленные сведения об индивидуальной изменчивости самой большой спайки мозолистого тела. Большое значение имеют для науки и практики сопоставления форм конфигураций извилин с внешними формами мозолистого тела, с его пропорциональностью и формированию его отделов.

Материал и методы исследования. Изучено 312 полушарий большого мозга человека в возрасте от 18 до 55 лет. Головной мозг после извлечения его из полости черепа фотографировали и описывали извилины лобной и затылочной долей полушарий головного мозга и форму мозолистого тела. Измеряли длину, толщину извилин и мозолистого тела. Обращали внимание на конфигурацию и сложность строения извилин лобных и затылочных долей мозга с мозолистым телом.

Результаты исследования. Исследуя препараты полушарий большого мозга человека, мы обратили внимание на внешнюю форму извилин лобной доли, расположенных на дорсолатеральной поверхности и на характер внешней конфигурации колена мозолистого тела этого же полушария мозга, а также на внешнюю форму извилин затылочной доли и формообразование валика мозолистого тела. На 50 препаратах полушарий большого мозга мы обнаружили довольно широкие лобные извилины левого и правого полушарий. Они ясно контурировались, имеют расширения на своем протяжении, в расширениях расположены дополнительные (третичные) борозды. Отмечается и извитость извилин. Все эти факты свидетельствуют об усложнении строения лобных извилин. По мнению Жарылкасынова К.Е. такая форма лобных извилин относится к сложному типу.

На медиальной поверхности этого же полушария мозолистое тело хорошо контурируется. Обращает внимание на утолщенное колено мозолистого тела и переднего отдела ствола. Известно (Кононова Е.П.), что нервные волокна от лобных извилин одного полушария идут в противоположное полушарие через колено мозолистого тела и передний отдел ствола мозолистого тела. Наши препараты подтверждают эту закономерность. Если посмотреть на валик мозолистого тела, то нетрудно заметить, что он заметно утолщен. Извилины затылочной доли, особенно на медиальной ее поверхности широкие,



извилистые с добавочными бороздами в расширениях. Такая форма извилин на медиальной поверхности затылочной доли по мнению Жайлыбаева М.С относятся к извилинам сложного типа. И в этом случае мы видим определённую коррелятивную связь между внешней формой и размерами извилин и конфигурации валика мозолистого тела. На тех же препаратах, некоторых лобные извилины узкие, прямые почти без расширений на протяжении и без наличия дополнительных борозд, на них, как правило, колено мозолистого тела узкое, а изгиб его некрутой, а пологий.

Выводы:

1. Внешняя форма колена мозолистого тела коррелирует с внешней формой извилин лобной доли.
2. Внешняя конфигурация и размеры извилин затылочной доли сочетаются с размерами валика мозолистого тела.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ОБУЧЕНИИ ПО ЦИКЛУ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Жалилов А.Х.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Стремительное развитие компьютерных и коммуникационных технологий в конце XX века показало, что появились возможности внедрения цифровых технологий во все области медицины. В рамках локальных телемедицинских сетей появилась возможность, не мешая процессу диагностики, лечения, или хирургического вмешательства, наблюдать за ними и обучаться в интерактивном режиме. Эффективные **Результаты** консультаций с помощью телемедицинских систем могут быть достигнуты при оториноларингологических исследованиях. Это направление является важнейшим при установлении первичных диагнозов наибольшего количества заболеваний.

Каждый врач - оториноларинголог обладает своим опытом и своими методами исследования заболеваний. Эти методы могут в той или иной степени отличаться друг от друга. Для проведения эффективной консультации необходимо выполнить одно, крайне важное условие: информация для врача-консультанта должна быть представлена таким образом, чтобы он воспринял ее так, как если бы он сам проводил все подготовительные и основные процессы диагностики. Это объясняется тем, что обучающиеся имеют устоявшуюся практику проведения диагностики и любое отклонение воспринимается ими крайне негативно, и может существенно повлиять на **Результаты** телемедицинских консультаций. И наоборот, если информация подготовлена правильно, то консультация проводится за минимальное время и не вызывает неудовлетворенности у них.

В преподавании цикла оториноларингологии для студентов 6-го курса, клинических ординаторов и магистрантов по специальности оториноларингология, а также врачей первичного звена здравоохранения в рамках последипломного



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



образования, переподготовки по подготовке врачей общей практики в Республике Узбекистан также используется один из методов дистанционного обучения - телемедицина.

Наша задача, дать обучающимся не только знания в большом объеме, но и способствовать стремлению и широкому использованию сведений, полученных посредством телемедицины.

С помощью данного обучения можно наблюдать за клиническими симптомами, методами исследования, постановкой диагноза, дифференциальная диагностика с различными заболеваниями, осложнениями, консервативными и хирургическими методами лечения и тем самым получить большой объем знаний. Дистанционные лекции проводятся как в рамках тематических курсов, так и по индивидуальной тематике, имеющей актуальное значение. Основной **Целью** дистанционных лекций является доведение до обучающихся тематического материала, который будет являться базовым для последующего более глубокого изучения, как в рамках семинаров, так и в рамках индивидуального изучения.

Практические занятия по тем или иным методам диагностики, лечения или хирургических операций предусматривают, что преподаватель дает задание обучающемуся, провести конкретную работу самостоятельно на своем оборудовании. В этом случае весь ход исследований или операции видят и преподаватель и другие обучающиеся. Важной особенностью такого процесса является коррекция действий со стороны преподавателя. Весь этот процесс виден остальным слушателям, и они в состоянии при самостоятельной работе не только предотвратить аналогичную ошибку, но и грамотно исправить возможные ее последствия.

Таким образом, следует сказать, что в нашей республике наряду другими странами сформировалась новая система обучения – обучение, основанное на наблюдениях за реальными процессами диагностики и лечения, плюс собственная практическая работа под наблюдением более опытного коллеги, с одновременным повышением квалификации.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЯЕМОГО РОСТА (ГЕМИЭПИФИЗИОДЕЗ) В ЛЕЧЕНИИ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

**Шомукимов Ш.А., Жалолов Х.А., Файзиматов М.А.
РЦДО МЗРУз**

Проблема деформаций нижних конечностей у детей является актуальной и решается в большинстве случаев методом корригирующих остеотомий. Не останавливаясь на негативных сторонах такого подхода, надо сказать, что в последнее



десятилетие получил новый импульс в применении метод гемиэпифизиодеза, названный временным, с применением скоб, винтов и 8-образных пластин.

Цель исследования. Оценить эффективность, безопасность, степень травматичности метода гемиэпифизиодеза восьмиобразными пластинами у детей с деформациями нижних конечностей во фронтальной плоскости.

Материалы и методы. С 2020 года по 2018 год 37 детей в возрасте 7-14 лет (в среднем 11,2 года) прошли лечение данным методом в нашем центре. Девочек – 20, мальчиков – 17. Варусная деформация коленных суставов была у 6 больных, вальгусная деформация коленного сустава у 30, варусная деформация голеностопного сустава у 1. По вовлеченным сегментам – проксимальный отдел большеберцовой кости – 6, бедренная кость – 30, дистальный отдел большеберцовой кости – 1. По этиологическим причинам: экзостозная болезнь – 1, последствие омтеомиелита большеберцовой кости – 1, посттравматическая деформация – 1, последствие Д-дефицитного рахита – 15, идиопатическая деформация - 19

Величина деформации составила 12 – 40 градусов, в среднем 14 градусов. Естественно, у всех пациентов были открытые зоны роста, и прогностический рост детей позволял применить метод. Методика оперативного вмешательства соответствовала общепринятой (Orthofix), применением миниинвазивных чрескожных доступов (2 см) без отслойки надкостницы и под контролем ЭОП. за счет минимальной травматичности вмешательства, пациенты начинали самостоятельно ходить со второго дня, без дополнительных средств опоры. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 4,4 дня.

Результаты. Отдаленные **Результаты** прослежены в сроки 2 – 24 месяцев. У 15 больных достигнута плановая коррекция деформаций. У 2 больных коррекция продолжается. У 20 больных металлоконструкции удалены по мере достижения желаемой коррекции (без гиперкоррекции). Скорость коррекции деформации составил 1,1 градуса в месяц. Из осложнений встретилось 1 – перелом винты в н/3 бедра, без видимой травмы. Повреждение или закрытие зоны роста после снятия пластины в сроки 4 – 24 месяцев не наблюдалось.

Заключение. Метод гемиэпифизиодеза накостными пластинами у детей с деформациями нижних конечностей во фронтальной плоскости является эффективным, малотравматичным, простым в техническом исполнении, экономически доступным, позволяющим максимально быстро реабилитировать детей и значительно сокращать время госпитализации. Исключительно важным является правильный выбор возрастных границ, прогнозирование предстоящего роста, времени удаления имплантов.



“УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ”

Жамалов М.С.

Актуальность темы. Патология тазобедренных суставов по-прежнему остается актуальной проблемой ортопедии в детском возрасте, несмотря на значительные достижения в диагностике и лечении заболеваний на современном этапе. Самая высокая частота посещений детского ортопеда связана с дегенеративными заболеваниями тазобедренных суставов (ДТС), при которых ключевым звеном патогенеза является первичное изменение гиалинового хряща и/или субхондральной кости с последующим вовлечением в процесс метаэпифиза проксимального отдела бедренной кости. Впоследствии эти нарушения приводят к развитию локальной воспалительной реакции внутри сустава, каскадной реакции цитокинового ответа с исходом в гипоксически-ишемическом повреждении структур, апоптозе и некрозе с точки зрения патофизиологии. Клинико-инструментальное обследование детей с ДТС диагностирует нарушение анатомических взаимоотношений в суставе, развитие очагов гетеротопического окостенения (остеофитоз), ограничение амплитуды движений, а также ухудшение составляющих критериев качества жизни по данным ВОЗ (физического, психологического, уровня самостоятельности, общественная жизнь и окружающая среда). Среди заболеваний тазобедренных суставов у детей согласно наиболее приемлемой предложенной классификации J. Zucker и соавт. в группу ДТС входят: 1) заболевания с генетической/врожденной предрасположенностью — дисплазия тазобедренного сустава (подвывих, вывих); 2) заболевания, приобретенные в период роста — болезнь Легга–Кальве–Пертеса, варусная деформация шейки бедра (соха vara); 3) заболевания травматического характера — ювенильный эпифизолиз головки бедренной кости.

Дисплазия тазобедренного сустава (ДТС) - это патология детского возраста, связанная с анатомическими, биомеханическими и биохимико-гистологическими изменениями в структурных тканях тазобедренного сустава. Существуют как легкие формы заболевания (минимальные изменения головки и дуги вертлужной впадины), так и среднетяжелые и тяжелые (выраженные нарушения), с вариантами стабильности и нестабильности сустава в целом.

Таким образом, группа ДТС находится под пристальным наблюдением детских ортопедов и травматологов в связи со значительной распространенностью, тяжестью клинических проявлений, ухудшением качества жизни и развитием осложнений в виде артроза. Кроме того, отсутствие унифицированных подходов к использованию методов лечения ДТС является предметом обсуждения среди хирургов и часто влияет на сроки и объем оказываемой медицинской помощи.

Цель исследования: Целью работы является повышение эффективности диагностики дегенеративных изменений тазобедренных суставов.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Материалы и методы исследования: Проведено комплексное обследование 30 пациентов, 0-12 летнего возраста, а также 20 здоровых детей, обследованы состояния тазобедренных суставов. Работы была проведена на базе многопрофильной детской больницы Андижанской области и в частной клинике Фарм стандарт люкс.

На основании полученного материала в дальнейшем будет детализирована и уточнена рентгеновская компьютерная и ультразвуковая семиотика дегенеративных изменений тазобедренных суставов, оптимизирована схема лучевой диагностики.

Результаты исследования: Клинические симптомы дегенеративных заболеваний тазобедренных суставов неспецифичны, и традиционное рентгенологическое обследование неинформативно у 47,8% детей с I стадией заболевания. Обследование здоровых суставов у детей разного возраста выявило достоверные изменения радиометрических показателей ($p < 0,05$): увеличение линейных показателей (вертикальный размер входа в вертлужную впадину, глубина вертлужной впадины, вертикальный размер головки бедренной кости) и уменьшение углового показателя (угол наклона вертлужной впадины). наклон крыши вертлужной впадины) в зависимости от возраста. Достоверно значимые отличия от контрольных значений ($p < 0,05$) вертикального размера входа в вертлужную впадину и глубины вертлужной впадины наблюдаются только у пациентов со II-III стадиями заболевания. Использование ультразвука позволит оценить уменьшение высоты суставного хряща в зависимости от стадии заболевания (100,0%). Значительное уменьшение высоты суставной щели на рентгенограммах было отмечено у 52,2%. РКТ высокоинформативна при визуализации остеофитов (100,0%) и при оценке ширины суставной щели (100,0%), но без надежной связи со стадиями процесса. МРТ позволит надежно выявить начальные стадии дегенерации суставного хряща, которые не определяются другими методами лучевой диагностики. (18.2%).

По теме данной работы продолжается проведение сравнительного анализа лучевых методов исследования и в дальнейшем окончательные **Результаты исследования** будут опубликованы.

Вывод: Комплексное лучевое обследование детей позволит диагностировать дегенеративные заболевания тазобедренных суставов в 100,0 % случаев, что достоверно выше, чем при применении только стандартной рентгенографии (52,2 %). Максимальное значение комплекс применяемых методов лучевой диагностики имеет у детей с I стадией, когда основные диагностические критерии заболевания при обзорной рентгенографии отсутствуют, а выявляются только неспецифические функциональные нарушения тазобедренного сустава.



ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Жамбилов Р.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Иммунотропная терапия, регулирующая иммунную реакцию на пародонтопатогенную флору, должна быть компонентом комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта, особенно при тяжелых формах.

Цель исследования — повышение эффективности комплексного лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени с помощью применения иммуномодулирующей терапии.

Материал и методы. Пациентам основной группы (20 человек) проводилось стандартное лечение — снятие зубных отложений и полирование поверхностей корней зубов и внутримышечные инъекции Полимурамила по схеме: 5 внутримышечных инъекций в дозе 200 мкг в течение 5 дней. Участники группы сравнения (20 человек) получали только стандартное лечение. Всем больным проводились клиническое, иммунологическое и микробиологическое обследования до начала лечения, через 7 сут и через 21 сут от начала терапии. Клиническое обследование проводилось с помощью определения индексов Muhlemann и РМА. Иммунологическое исследование осуществлялось по данным иммуноферментного анализа: провоспалительные цитокины ИЛ-6, ФНО- α и противовоспалительные цитокины ИЛ-10, ТФР- β , а также IgA (в сыворотке крови и содержимом пародонтального кармана). Микробиологическое исследование содержимого пародонтального кармана осуществлялось с применением ПЦР-метода.

Результаты. В основной группе выявлено более существенное снижение клинических индексов: индекс Muhlemann уменьшился с $3,0 \pm 0,5$ на 7-й день до $1,0 \pm 0,5$ в основной группе и до $1,5 \pm 1,0$ в контрольной группе, индекс РМА — с $0,75 \pm 0,15$ до $0,25 \pm 0,15$ в основной группе и до $0,40 \pm 0,15$ в контрольной группе. В основной группе концентрация провоспалительных цитокинов увеличивалась к 7-му дню в основной группе в сыворотке крови и в содержимом пародонтального кармана. На 21-й день после начала лечения количество провоспалительных цитокинов уменьшилось ниже исходного уровня (ИЛ-6 снизился с исходного значения 2,0 (0,5; 10) пг/мл до 0. Количество противовоспалительных цитокинов увеличивалось постепенно от начала лечения до 21-го дня (TNF возрос с 500 (420; 720) до 800 (670; 1350) пг/мл. В контрольной группе концентрация противовоспалительных цитокинов оставалась неизменно низкой.

Вывод. Иммунотропная терапия в виде инъекций препарата Полимурамил в составе комплексного лечения пародонтита оптимизирует общий и местный иммунный ответ и стимулирует как врожденные, так и адаптивные механизмы резистентности.



ИММУНОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Жамбилев Р.С

Кафедра терапевтической стоматологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Все больше исследователей указывают на определяющую роль иммунологического компонента в патогенезе болезней пародонта. Клинические проявления хронического генерализованного пародонтита зависят не столько от патогенности и вирулентности соответствующей микрофлоры, сколько от функционального состояния иммунной системы и степени реактивности макроорганизма.

Цель исследования — провести обзор литературы, освещающей иммунологические исследования в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта.

Материал и методы. Изучено 120 отечественных и 205 зарубежных источников литературы, в которых рассматривается иммунотропная терапия в комплексном лечении пародонтита тяжелой степени.

Результаты. Несмотря на успехи в создании антибактериальных средств, распространенность инфекционновоспалительных заболеваний не снижается. По мере разработки новых мощных антибиотиков появляются и микроорганизмы, резистентные к ним. Кроме того, хронические инфекционно-воспалительные заболевания осложняются вторичными иммунодефицитными состояниями, которые затрудняют достижение ремиссии с использованием одних только антибактериальных средств. *P. Gingivalis* и *A. actinomycetemcomitans*, являющиеся самыми распространенными пародонтопатогенными микроорганизмами, закрепляясь в пародонтальном кармане, пользуются своей способностью блокировать так называемые образ-распознающие рецепторы клеток врожденного иммунитета человека, что в свою очередь может отключить и адаптивный иммунитет. Поиск новых иммунологических препаратов позволил обратить внимание на Полимурамил — препарат на основе бактериального пептидогликана — мощного активатора врожденной иммунной системы, который обладает таргетным (направленным) действием на NOD2- и NOD-1-образ-распознающие рецепторы иммунокомпетентных клеток. После инъекций иммуномодулятора. Полимурамил включаются собственные антибиотики человеческого организма — антимикробные пептиды, запускается процесс активации про- и противовоспалительных цитокинов, а также усиливаются факторы адаптивного иммунитета .

Вывод. Остается нерешенной задача иммунотропного воздействия на организм в комплексном лечении хронического пародонтита тяжелой степени. В настоящее время большинство исследователей применяют иммунотропные средства местно, в



пародонтальных карманах. Необходимо комплексное иммуностропное воздействие на организм, позволяющее усилить собственные антимикробные резервы организма.

ВОСПРИЯТИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКАМИ И ИХ РОДИТЕЛЯМИ

Жамбилев Р.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Рациональное планирование ортодонтического лечения подростков обусловлено объективной клинической картиной, субъективным представлением пациента о своем состоянии и восприятием необходимости реабилитации родителями пациента. Таким образом, при выборе стратегии лечения врач должен соблюдать баланс между этими факторами.

Цель исследования — сравнение уровня субъективной потребности пациентов подросткового возраста в ортодонтическом лечении со степенью восприятия необходимости проведения реабилитации их родителями, а также поиск возможной корреляции этих характеристик с уровнем объективной нуждаемости пациентов в лечении.

Материал и методы. Проведен опрос 30 пациентов в возрасте 10—17 лет и их законных представителей. Субъективная потребность пациента в ортодонтической реабилитации определялась индивидуально по двум числовым версиям визуально-аналоговых шкал VAS, где 1 балл соответствует «отсутствию потребности», а 10 баллов соответствуют «жизненно важной потребности». На одной шкале пациент отмечал свое состояние с точки зрения эстетики, а на другой — с точки зрения функции. Полученные значения суммировались. Аналогичным образом фиксировалось и субъективное представление родителя пациента о необходимости проведения лечения. Были рассчитаны средние арифметические значения результатов опросов пациентов и их родителей. Объективная нуждаемость пациента в реабилитации оценивалась доктором на основании индекса ICON.

Результаты. Среднее значение VAS, определяемое пациентом, составило 11,17, тогда как среднее значение данной характеристики, определенное родителем, составило 12,26. Коэффициент корреляции Спирмена между VAS пациента и ICON составил 0,35, в то же время корреляция между ICON и VAS, определенная родителем, составила 0,42.

Вывод. Родители пациентов подросткового возраста выражают немногим большую обеспокоенность состоянием зубочелюстной системы своих детей, чем непосредственно пациенты. Субъективное восприятие необходимости ортодонтического лечения родителями имеет умеренную степень положительной корреляции с объективной



клинической картиной. При этом аналогичный показатель для потребности непосредственно пациента имеет несколько меньшую степень. В последующих работах, посвященных поиску взаимосвязей между объективной нуждаемостью и субъективной потребностью пациента в ортодонтической реабилитации, нужно расширить выборку пациентов и количество используемых характеристик.

ПЕТЛЕВАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Жданович К.В.^{1, 2}, Пуздряк П.Д.², Шломин В.В.^{1,2}, Гусинский А.В.^{1,2}, Иванов М.А.³,
Рахматиллаев Т.Б.^{1,2}

1СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2», г. Санкт-Петербург, Россия

2ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», Миздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

3ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: проанализировать **Результаты** петлевой эндартерэктомии поверхностной бедренной артерии у пациентов с сахарным диабетом и без него.

Материалы и методы: ретроспективно проанализированы **Результаты** полузакрытой петлевой эндартерэктомии (ППЭАЭ) у 62 пациентов с пролонгированным поражением (тип C и D по TASC II) поверхностной бедренной артерии (ПБА). Основная группа - 22 пациента с сахарным диабетом (СД), контрольная группа - 40 пациентов без СД. Средний возраст в контрольной группе 64,0±6,2 лет, в основной 65,0±6,4 лет. Хроническая артериальная недостаточность по классификации академика А.В. Покровского в основной и контрольной группе IIб стадии – 6 (27,3%) vs 21 (52,4%), III стадии – 10 (45,5%) vs 10 (25%), IV стадии – 6 (27,3%) vs 9 (22,5%) соответственно. Особенности хирургической операции. Процедура ППЭАЭ с помощью петель Вольмара фирмы Aescular выполнялась после диссекции атеросклеротической бляшки с субинтимальным погружением петли посредством поступательно-маятниковых движений в дистальном направлении. АСБ отслаивали и удаляли единым блоком.

Результаты. Ранний послеоперационный период: технический успех операции 100%. Среднее время ППЭАЭ контрольной группе(КГ) 142,6±59,5 мин, в основной (ОГ) 181,8±71,7 мин. Средняя интраоперационная кровопотеря в КГ 259,5±143,3 мл, в ОГ - 281,8±170,1 мл. В КГ 4-ым (10%) больным выполнялись повторные вмешательства: 3 на фоне тромбоза оперированного сегмента (КИНК), выполнена повторная реваскуляризация с одномоментной ампутацией, в 1 случае послеоперационное кровотечение, успешно ликвидированное при ревизии раны. В ОГ группе пациентов, страдающих СД, подобных осложнений, не регистрировалось. Инфекционные осложнения в КГ развились у 4 (10%) пациентов, в 2-х (5%) случаях развилась лимфорея операционной раны. В ОГ - 1 (4,5%)

случай лимфореи. Среднее время пребывания в стационаре составило 17,0±21,6 койко-дней в основной группе и 17,0±17,7 койко-дней в контрольной групп.

Отдаленный период: сохранение конечности через 36 месяцев составило 95,5% vs 94,5% в основной и контрольной группах соответственно. Ампутация в основной группе в 1 (4,5%) случае, в контрольной группе - в 2-х (5,4%) случаях.

Вывод. Несмотря на более тяжелое поражение артерий нижних конечностей у пациентов, страдающих сахарным диабетом (медиакальциноз, воспаление) не выявлено влияния данного заболевания на риск развития неблагоприятного исхода как в ранние, так и отдаленные сроки наблюдения после петлевой эндартерэктомии поверхностной бедренной артерии в сравнении с пациентами без сопутствующего нарушения углеводного обмена.

Петлевая эндартерэктомия поверхностной бедренной артерии является доступной альтернативой классической шунтирующей операции, что особенно ценно в случаях отсутствия качественного аутовенозного материала, критической ишемии нижней конечности и сопутствующего сахарного диабета.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ

Жуманова Л.А., Шоюнусова Н.Ш., Хасанова Ш.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. 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. Активным носителем ЗОЖ является конкретный человек как субъект и объект своей жизнедеятельности и социального статуса.

Материалы и методы исследования. В реализации ЗОЖ человек выступает в единстве своих биологического и социального начал. В основе формирования ЗОЖ лежит личностно-мотивационная установка человека на воплощение своих социальных, физических, интеллектуальных и психических возможностей и способностей. ЗОЖ является наиболее эффективным средством и методом обеспечения здоровья, первичной профилактики болезней и удовлетворения жизненно важной потребности в здоровье. У каждого человека должна быть своя система здоровья как совокупность обстоятельств образа жизни, которые он реализует. Для выработки «своей» системы человек перепробует различные средства и системы, проанализирует их приемлемость для него и эффективность, отберет лучшее.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



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



4. Принцип умеренности означает, что для тренировки функциональных систем должны использоваться умеренные нагрузки.
5. Принцип рационального чередования нагрузки и отдыха. Как отмечал отечественный физиолог Н.Е. Введенский, «люди устают не потому, что работают много, а потому, что работают неправильно».
6. Принцип рациональной организации жизнедеятельности. Так как принцип рационального чередования нагрузки и отдыха требует осознанного отношения человека к организации своего труда и отдыха, то, следовательно, надо научиться правильно работать и правильно отдыхать.
7. Принцип «сегодня и всю жизнь». Здоровье не дается человеку впрок, оно требует постоянных и упорных усилий. Известно, что достигнутые годами **Результаты** в закаливании практически полностью исчезают уже через несколько месяцев после прекращения закалывающих процедур.
8. Принцип валеологического самообразования. Формирование здорового образа жизни имеет своей конечной **Целью** совершенствование условий жизни и жизнедеятельности на основе валеологического обучения и воспитания, включающих изучение своего организма и своей личности, освоение гигиенических навыков, знание факторов риска и умение реализовать на практике весь комплекс средств и методов обеспечения ЗОЖ..

Выводы. Таким образом, программа и организация ЗОЖ для данного человека должны определяться следующими основными 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 .

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С COVID-19

Содикова Д.Т., Жураева М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Появление нового коронавируса (SARS-CoV-2), вызывающего коронавирусное заболевание (COVID-19), привело к пандемической ситуации в мире с самыми негативными социально-экономическими последствиями. Мировым научным сообществом в беспрецедентно сжатые сроки проведены обширные исследования для понимания молекулярных основ инфекции, эволюции SARS-CoV-2, разработки вакцин, эффективных лекарственных средств (ЛС), стратегий профилактики и контроля. Эти



исследования продолжаются и, более того, привлекают внимание не только ученых, но и клиницистов.

В возрастной группе 30-39 лет со среднетяжелым течением заболевания (8 больных из 72) клиническая симптоматика характеризовалась повышением температуры тела (от 37,9^oC до 39^oC) и катаральными проявлениями со стороны верхних и нижних дыхательных путей. Чаще регистрировалась клиника ринофарингита – в 3 случаях (37,5±18,3%), реже встречались бронхиты – в 2 случаях (25,0±16,4%) и трахеит – в 1 случае (12,5±12,3%). Больные с пневмониями в этой группе было зарегистрировано 2 (25,0±16,4%). Максимальный объем вовлечения паренхимы легких составлял 16%. Сопутствующая патология отмечалась у 2 пациентов из 8 (25,0±16,4%) – снижение веса и анемия.

У больных 40-49 лет со среднетяжелым течением (18 больных) также клиника развивалась остро с повышением температуры тела (от 37,2^oC до 39,4^oC) и респираторной симптоматикой. На формы заболевания без поражения легких пришлось 11 случаев (61,1±11,8%). Среди них поражения верхних дыхательных путей (ринофарингиты) составили 5 случаев (27,8±10,9%), на поражения нижних отделов респираторного тракта пришлось 6 случаев (ларинготрахеиты – 2 и трахеобронхиты – 4), что составило 33,3±11,4%. Пневмонии встречались среди возрастного диапазона 40-49 лет в 7 случаях (38,9±11,8%). Максимальные значения вовлеченности легочной паренхимы в воспалительный процесс составляли 28%. Сопутствующая патология в этой группе отмечалась у 1 больного (5,5±5,5%) – вторичный пиелонефрит.

У больных в возрасте 50-59 лет со среднетяжелым течением болезни (15 больных в группе) температурная реакция отмечалась в диапазоне от 37,5^oC до 39,7^oC. По сравнению с возрастом 40-49 лет НКИ без поражения легких встречалась в 7 случаях (46,7±13,3%). Особенностью течения у этих пациентов явилось то, что поражение нижних отделов респираторного тракта (бронхиты и трахеобронхиты) встречалось чаще других форм – в 5 случаях (33,3±12,6%), в 2 случаях из них (13,3±9,1%) развивался бронхообструктивный синдром. В 1 случае (6,6±6,6%) регистрировалась клиника ринофарингита, и 1 случай протекал в форме экзантемы (6,6±6,6%). Пневмонии регистрировались в 8 случаях (53,3±13,3%). Максимальные значения вовлеченности легочной паренхимы составляли 27%. Сопутствующая патология была у 7 больных (46,7±13,3%): кардиопатии в 3 случаях (20,0±10,7%), ожирение, бронхиальная астма, лейкоз, синдром Розаи–Дорфмана – по 1 случаю.

Больные в возрасте 60-69 лет со среднетяжелым течением НКИ было 31 (39,8±5,5%). Болезнь начиналась остро с симптомов общей интоксикации, повышения температуры тела (37,5–39,4^oC). НКИ без поражения легких встречалась в 7 случаях (22,6±7,5%), отмечалось поражение нижних отделов респираторного тракта (трахеобронхиты) – 5 случаев (16,1±6,6%). Ринофарингиты отмечались только в 2 случаях (6,5±4,4%). Пневмонии регистрировались в 24 случаях (77,4±7,5%). Максимальные значения вовлеченности легочной паренхимы в воспалительный процесс составляли 48%. Сопутствующая



патология встречалась в 9 случаях ($29,0 \pm 8,1\%$): ожирение – в 4 случаях ($12,9 \pm 6,0\%$), кардиопатии – в 28 случаях ($28,1 \pm 5,3\%$), сахарный диабет и аллергия – по 1 случаю. Итак, в течении коронавирусной инфекции возраст является одним из основных факторов риска заболевания.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Закирова У.И., Каримджанов И.А.
Ташкентская медицинская академия,

В развитии предрасположенности человека к многофакторной патологии важную роль играют как генетическая конституция индивидуума, действие внешней среды, так и влияние наследственных факторов. Считается, что заболевания, в этиологии которых существенна генетическая компонента, но характер наследования не может быть объяснен простыми менделевскими правилами, образуют группу так называемых мультифакторных заболеваний. В связи с этим необходимо установить, ассоциацию полиморфизмов генов с особенностями течения бронхиальной астмы и рецидивирующего бронхита (РБ), определить наличие у детей наследственной предрасположенности, определить генетические маркеры в ранней диагностике заболевания. Для этого необходимо выявление гена-кандидата, вызывающих рецидивирующую (рекуррентную) бронхиальную обструкцию (РБО) среди детей.

Целью нашего исследования явилось определение ассоциации полиморфных локусов rs1042713 (Arg16Gly) и rs1042714 (Gln27Glu) гена ADRB2 в развитии РБ, протекающего с СБО. В группы сравнения вошли дети с ООБ, БА контрольной группой детей узбекской этнической принадлежности, проживающих в Республике Узбекистан.

Материалом исследования явились 85 детей в возрасте от 1 года до 15 лет узбекской этнической принадлежности с рецидивирующим бронхитом, протекающим с РБО. В группы сравнения вошли: 68 детей с острым обструктивным бронхитом (ООБ) и 56 детей с БА того же возраста и популяции. Нами изучены факторы риска развития рецидивирующей бронхиальной обструкции по двум наиболее распространенным локусам гена $\beta 2$ -адренергического рецептора (ADRB2) rs1042713 (Arg16Gly). Объектом исследования послужили образцы крови на фильтровальной бумаге. В молекулярно-генетическом исследовании использован диагностический набор для выявления полиморфизмов в генах человека методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени.

Результаты исследований показали, что при анализе локуса rs1042713 (Arg16Gly) в основной группе частота аллелей Arg(A) является доминирующей и встречается достоверно выше, по сравнению с аллелью G (61.4% против 38.6%,



соответственно; $\chi^2=8.23$; $p=0.001$). При этом среди основной группы носительство аллеля Gly (G) обнаружен более с высокой частотой по сравнению с группой контроля (38.6% против 23.6%, $\chi^2=8.23$; $p=0.001$). Рассчитанный относительный шанс наличия данного аллеля у пациентов по сравнению с контролем составил $OR=2.04$ при 95% $CI=1.25-3.31$). При изучении полиморфизма локуса Arg16Gly ADRB2 гена **Результаты** исследования детей в основной группе показали, что частота встречаемости генотипа G/G (13.6%) достоверно ниже, чем генотипы A/A (36.4%) и A/G (50.0%). Такая же тенденция отмечается в группах детей с РБ, ООБ и БА. Генотип G/G локуса Arg16Gly у пациентов основной группы достоверно выше по сравнению с контрольной группой (13.6% против 6.9%, $\chi^2=1.87$; $P=0.01$; $RR=1,9$; $OR=2.1$; 95% $CI=0.72-6.20$). При этом генотип A/A в основной группе обнаружен достоверно ниже по сравнению группы детей контроля (59.7% против 36.4%; $\chi^2=8.6$; $P=0.01$; $OR=0,39$; 95% $CI= 0,21- 0,73$). Замена аденина на гуанин A46G, рассчитанный относительный шанс наличия данного аллеля у пациентов обследуемых групп составил $OR=1.0$; 95% 1.746 - 3.608. Частота встречаемости гетерозиготного генотип A/G локуса Arg16Gly ADRB2 гена в основной группе выше, по сравнению с группой контроля (50,0% против 33,3%; $\chi^2=4,5$; $P=0.04$; $RR=1,5$; $OR=2,0$; 95% $CI=1,05-3,79$). Различия в частоте встречаемости аллельных и генотипических вариантов полиморфизма Arg16Gly в гене ADRB2 показал, что генотип G/G достоверно чаще отмечался в группе детей РБО по сравнению с группой контроля (12.5% против 6.9%, соответственно $\chi^2=0.7$; $P=0.41$; $RR=1,8$; $OR=1.9$; 95% $CI=0.43-8.51$). При этом такая же тенденция отмечается по отношению к носителям гетерозиготного генотипа A/G локуса Arg16Gly с небольшой разницей, в частности в группе детей с РБО, чем в контроле (45.8% против 33.3%, соответственно $\chi^2=1.2$; $P=0.28$; $OR=1.7$; 95% $CI= 0.66-4.31$).

Выводы. Молекулярно-генетические исследования являются основой для изучения этиопатогенетических механизмов заболеваний, персонализации терапии, прогнозирования и предупреждения развития тех заболеваний, к которым у человека имеется наследственная предрасположенность. Сравнительный анализ распределения аллелей и генотипов Arg16Gly в гене ADRB2 между группами БА и контролем показал: частота встречаемости аллеля Arg(A) достоверно выше в группе здоровых детей (76,4%), чем в группе с БА (60,7%); частота аллеля Arg G отмечается чаще в группе детей с БА (39,3% против 23,6%, $\chi^2=6,3$; $p=0.01$; $RR=1,3$; $OR=2,1$; 95% $CI=1,17-3,72$); обнаружена высокая частота генотипа A/G по сравнению с группой контроля (54.8% против 33.3%, соответственно $\chi^2=5.03$; $P=0.03$; $RR=1,6$; $OR=2.4$; 95% $CI=1.12-5.24$); у носителей генотипа A/A отмечается обратная тенденция. Таким образом, в группе детей с РБО носители аллеля Arg(A)(64,6%) преобладают в отличие от носителей аллеля Gly(G)(35,4%). Аллель Gly(G) является доминирующим по сравнению с группой контроля при локусе rs1042713 (Arg16Gly) гена ADRB2. Отсюда следует, что дети с носительством аллеля Gly(G) с заменой аденина на гуанин A46G и мутационного гомозиготного генотипа G/G локуса Arg16Gly в гене ADRB2 имеют предрасположенность к РБО и относительный риск заболеваемости БА.



ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ.

Закирова У.И., Нурматова Н. Ф., Хабибуллаева Б. Р.

Ташкентская медицинская академия

В настоящее время пиелонефрит, как неспецифическое микробно-воспалительное заболевание чашечно-лоханочной системы и тубулоинтерстициальной ткани почек, имеет широкую распространенность среди детского населения. В первую очередь речь идет о пиелонефрите, который хоть и не так часто бывает, как инфекция нижних мочевых путей, представляет серьезную опасность для здоровья детей и в тяжелых случаях может приводить к повреждению почек и развитию хронической болезни почек. Высокая распространенность тяжелых осложнений пиелонефрита, таких как формирование нефросклероза, развитие почечной недостаточности, ренальной артериальной гипертензии, обосновывают необходимость своевременной ранней диагностики и профилактики этого заболевания у детей и подростков. Исход хронического пиелонефрита (ХП) зависит от своевременной диагностики и раннего начала терапии. Несмотря на существование многочисленных методов диагностики ХП до настоящего времени изучаются возможности новых методов, направленных на оценку активности воспаления заболевания и стойкости клинико-лабораторной ремиссии. Изучение иммунопатологических механизмов при почечной патологии у детей является актуальной для анализа патогенетических механизмов развития заболевания. В исследованиях последних лет особый акцент делается на изучении механизмов местного воспаления с позиции изучения содержания интерлейкинов в крови и моче. Интерлейкину 8 (ИЛ-8) принадлежит доминирующая роль в активации нейтрофилов и относится к группе провоспалительных цитокинов.

Целью настоящего исследования был анализ цитокинового профиля у детей с хроническим пиелонефритом для оценки выраженности активности воспалительного процесса в почечной ткани.

Материал и методы исследования. Проведено клинико-лабораторное обследование 35 детей в возрасте 1–15 лет, больных хроническим пиелонефритом (ХП) в период обострения, которые находились на стационарном лечении. Всем обследуемым проводились общеклинические лабораторные исследования, специфические анализы крови. Материалом для исследования была периферическая венозная кровь. Контрольную группу составили практически здоровые 40 детей. Определение содержания ИЛ-8 в сыворотке крови детей с ОП проводилось с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Диагноз хронический пиелонефрит, степень тяжести заболевания и обострения у детей установлен согласно существующим стандартам, предусмотренным современной классификацией клинических форм заболевания.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Результаты исследования показали, в периоде обострения заболевания в клинической картине экстрауренальные проявления были представлены синдромом интоксикации, болевым абдоминальным синдромом, болями в поясничной области. У детей был выявлен симптом Пастернацкого, синдром дизурических расстройств в виде учащенного мочеиспускания. Мочевой синдром проявлялся изолированной лейкоцитурией, нередко сочетанием с гематурией, с протеинурией, у всех лейкоцитурия носила нейтрофильный характер.

Целью нашего исследования явилось оценка влияния хронического пиелонефрита на синтез интерлейкина-8 в крови больных детей. Обследование больных проведено в период обострения заболевания, на 2 день поступления в стационар. Тщательный сбор клинико-anamnestических данных обследуемых групп детей показал, что среди эндогенных факторов развития ХП являются анемия, паратрофия и пищевая аллергия. Анализ акушерского и соматического анамнеза матерей обследуемых детей показал, что асфиксия в родах и недоношенность является одним из факторов риска развития ХП у детей. Среди экзогенных факторов риска развития ХП отмечены частые инфекции моче

Выводящих путей. **Результаты** исследований ИЛ-8 в периферической крови у детей с ХП показали отличительные свойства по сравнению с контрольной группой. Цитокиновый профиль-ИЛ-8, относящийся к группе провоспалительных цитокинов, у всех обследуемых больных определяли в периоде обострения основного заболевания.

Результаты исследований показали значительное повышение ИЛ-8 в периферической крови у детей с ХП по сравнению с группой контроля. Уровень Ил-8 у детей с ХП составил $78,32 \pm 12,11$ пг/мл, тогда как в группе контроля составило $11,32 \pm 0,72$ пг/мл ($p < 0,001$).

Согласно изучению патогенетических механизмов **Результаты** доказывают наличие инфекционного генеза воспаления при ХП у детей. Возможно высокий показатель ИЛ-8 у детей с ХП связан с более частыми возникающими воспалительными процессами у детей в течение года.

Вывод. Сравнительный анализ ИЛ-8 и факторов риска показал значительное увеличение ИЛ-8 при ХП по сравнению со здоровыми детьми. Повышенные показатели ИЛ-8 у детей с ХП возможно связан с повторяющимися случаями воспаления, что в последующем приводило к частым рецидивам заболевания. Повышенный уровень ИЛ-8 в сочетании с факторами риска является диагностическим критерием хронического пиелонефрита, а наиболее значимое увеличение их показателей является прогностическим маркером формирования данного заболевания у детей.



МЕСТО НЕЙРОМОНИТОРИНГА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕЛЕКТИВНОЙ ДОРЗАЛЬНОЙ РИЗОТОМИИ ПРИ ДЦП

Зекрияев Н.Н., Исмаилова Р.О., Югай И.А., Юлдашев Р.М.

Республиканский специализированный научно практический медицинский центр
нейрохирургии

Селективная дорсальная ризотомия (СДР) - это хирургическая процедура, которая используется для лечения спастичности у детей с церебральным параличом. Она заключается в селективном удалении чувствительных нервных волокон в спинном мозге, что уменьшает спастичность.

Многие исследования установили, что СДР является эффективным методом лечения спастичности у детей с церебральным параличом (Peacock et al., 2021; Park et al., 2021). Однако данная процедура не лишена определенных рисков, таких как повреждение критически важных двигательных путей в спинном мозге. Поэтому была разработана техника интраоперационного нейромониторинга (ИОНМ), которая существенно повышает безопасность данной процедуры.

ИОНМ представляет собой мониторинг нейрофизиологических параметров во время хирургической процедуры. Она позволяет оценить работоспособность высших и нижних двигательных центров, а также мониторить работу спинного мозга в реальном времени. Использование ИОНМ при СДР существенно снижает вероятность повреждения критически важных двигательных путей (Jea et al., 2011; Pizzutillo et al., 2020).

Существуют различные методы ИОНМ, которые могут быть использованы при СДР. Один из наиболее часто используемых методов - это электромиография (ЭМГ). Этот метод используется для оценки функционального состояния нервных структур, которые контролируют движение мышц. Другой метод - это соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП). Этот метод используется для оценки функционального состояния нервных структур, которые контролируют сенсорную информацию. Третий метод - это моторные вызванные потенциалы (МСП). Этот метод используется для оценки функционального состояния нервных структур, которые контролируют движение мышц (Phelps et al., 2019).

В своем исследовании Божков (2018) установил, что ИОНМ в сочетании с ЭМГ является самым эффективным методом контроля критически важных двигательных структур спинного мозга. Более того, Дэнисон и его коллеги (2021) показали, что использование ИОНМ совместно со ССВП может значительно улучшить результат хирургической процедуры.

Заключение: В заключении, использование ИОНМ при СДР значительно повышает безопасность данной процедуры. Несмотря на то, что существует несколько методов ИОНМ, лучшим решением может быть комбинация ЭМГ и ССВП. Эти методы ИОНМ



используются для мониторингования функционального состояния нервных структур, которые контролируют движение мышц и сенсорную информацию.

ВАРИАНТЫ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

Зияева Э.Р.

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хронический сальпингоофорит (ХСО) занимает ведущее место в структуре гинекологической патологии и является серьезной медицинской и социальной проблемой современного общества. Заболевание негативно влияет на репродуктивную функцию женщин, в ряде случаев отсутствует значимый эффект от лечения. ХСО у 24-30% женщин является причиной хронической тазовой боли, у 1-5% пациенток возникает эктопическая беременность, от 10 до 40% - страдают бесплодием. Наличие стойкого абдоминального болевого синдрома приводит к расстройствам психического и физического здоровья женщин, дезадаптации в браке, росту числа разводов, является причиной временной или стойкой утраты трудоспособности.

Цель исследования. Усовершенствовать диагностику, лечение и профилактику обострений хронического сальпингоофорита в сочетании болевого синдрома.

Материалы и методы исследования. Методы и **Результаты** исследования внедрены в лечебно-диагностическую практику гинекологического отделения АОПЦ.

Результаты исследования. Характер клинического течения обострения хронического сальпингоофорита определяется как вариантами инфекционного компонента репродуктивного тракта, так и связью с функциональными и структурными изменениями толстой кишки. Хронический сальпингоофорит протекает с функциональными и структурными изменениями кишечника: при минимальных клинических проявлениях обострения заболевания придатков матки клинико-морфологическая картина у 75% пациенток соответствует синдрому раздраженного кишечника, у 25% - хроническому неязвенному колиту; при выраженных клинических проявлениях обострения сальпингоофорита в 70,7% случаев диагностируется хронический неязвенный колит.

Обострение хронического сальпингоофорита с минимальными клиническими проявлениями ассоциировано с гиперплазией общей популяции эндокринных клеток толстой кишки и колоноцитов, продуцирующих мелатонин, уменьшением количества и оптической плотности тучных клеток и клеток толстой кишки, продуцирующих вазоинтестинальный пептид. При выраженных клинических проявлениях обострения хронического сальпингоофорита в толстой кишке установлены гиперплазия тучных клеток и апудоцитов, продуцирующих мелатонин, субстанцию P, вазоинтестинальный пептид.



Для хронического сальпингоофорита как в период обострения, так и в период ремиссии характерен дисбактериоз толстой кишки: максимальные нарушения кишечного микробиоценоза наблюдаются у 82,8% пациенток с выраженными клиническими проявлениями обострения; менее значительные дисбиотические сдвиги выявляются у 73,1% пациенток с минимальными клиническими проявлениями обострения заболевания. Отмечается прямая корреляция между количеством патогенов репродуктивного тракта, частотой и степенью дисбиоза кишечника и выраженностью клинических проявлений обострения хронического аднексита. После проведения этиотропной терапии воспалительного заболевания придатков матки частота и степень дисбиотических изменений кишечника возрастают.

Наблюдаемые психоэмоциональные расстройства при различных вариантах клиники обострения хронического сальпингоофорита коррелируют с изменениями эндокринной системы толстого кишечника. Психоэмоциональные расстройства более выражены у пациенток с минимальными проявлениями обострения хронического сальпингоофорита и соответствуют таковым при синдроме раздраженного кишечника.

Назначение препаратов, нормализующих деятельность кишечника, с включением бактистатина в комплексное лечение обострения хронического сальпингоофорита, сопровождающегося кишечной дисфункцией, способствует уменьшению воспалительных изменений в слизистой оболочке кишечника, восстановлению его микробного пейзажа и достижению ремиссии воспаления придатков матки в течение года у 91,1% пациенток.

Вывод. Определено клиническое значение нарушений микробиоценоза, воспалительных изменений слизистой оболочки, количественной плотности тучных клеток и компонентов диффузной эндокринной системы толстой кишки для характера течения обострения хронического сальпингоофорита. Динамическая характеристика кишечного микробиоценоза, морфометрических характеристик тучных клеток и клеток толстой кишки, продуцирующих мелатонин, субстанцию Р и вазоинтестинальный пептид, может быть использована для оценки полноты ремиссии хронического сальпингоофорита.

В процессе лечения пациенток с хроническим сальпингоофоритом необходимо учитывать

Результаты психологического обследования для проведения своевременной психокоррекции, с

Целью профилактики хронических тазовых болей, синдрома раздраженного кишечника как психонейросоциальных заболеваний. Включение бактистатина в комплекс лечения обострения хронического сальпингоофорита, сопровождающегося кишечной дисфункцией, способствует уменьшению воспалительных изменений в слизистой оболочке кишечника, восстановлению его микробного пейзажа и достижению ремиссии воспаления придатков матки в течение года у 91,1% пациенток.



ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ, ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

Зияева Э.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Соответственно и лечебные подходы остаются стандартными, не учитывающими характер и степень выраженности патологического процесса, длительность заболевания, возраст пациентки, сопутствующую патологию, репродуктивные цели. Широко распространенная в медицинской практике лапароскопия до настоящего времени не занимает лидирующих позиций в диагностике и лечении ХСО. Практически не разработана медицинская тактика при различных вариантах ХСО, отсутствуют рекомендации по плановому хирургическому лечению, которое представлено в основном радикальными операциями при возникновении гнойных осложнений и эндоскопическим лечением бесплодия

Цель исследования. Улучшение репродуктивного здоровья и качества жизни женщин, страдающих ХСО, путем уточнения механизмов хронизации заболевания и совершенствования диагностической и лечебной тактики.

Материалы и методы исследования. Методы и **Результаты** исследования внедрены в лечебно-диагностическую практику гинекологического отделения АОПЦ.

Результаты исследования. Клинические и ультразвуковые показатели не имеют достаточной сопряженности с происходящими патофизиологическими и морфологическими изменениями в придатках матки и не позволяют определить истинную тяжесть и прогноз у больных с ХСО. Существующий диагностический алгоритм ХСО без эндоскопических методов исследования в 43,5% случаев приводит к диагностическим ошибкам, а в 37,8% - к неполному диагнозу.

Метод РТМ является эффективным неинвазивным методом диагностики синдрома хронических тазовых болей, обострения хронического воспалительного процесса в придатках матки, а также динамического контроля за эффективностью проводимого лечения.

Эндоскопическое исследование органов малого таза позволяет верифицировать диагноз ХСО, выявить сопутствующую патологию, определить характер и степень выраженности патологических изменений в придатках матки. Выявленные эндоскопические варианты ХСО (ХСО с проходимыми маточными трубами, ХСО с непроходимыми маточными трубами и ХСО с преимущественным поражением яичников) при схожей клинической картине, данных анамнеза, результатах клинико-лабораторного исследования и УЗИ имеют различные морфологические и функциональные характеристики, требующие дифференцированной лечебной тактики.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Диагностический алгоритм при ХСО должен включать клинико-анамнестические, лабораторные, ультразвуковые и эндоскопические методы исследования при ведущей роли эндоскопических методов обследования.

Формирование и прогрессирование хронического воспалительного процесса в придатках матки происходит путем локального развития и персистенции воспаления со специфическими для синдрома воспалительного ответа гемостазиологическими (гиперкоагуляция, локальный ДВС-синдром), иммунологическими (локальная гиперпродукция цитокинов с периодическим выбросом их в системный кровоток), гемодинамическими (изменение кровотока в основных сосудах матки и яичников) нарушениями, дисбалансом оксидативного гомеостаза и нарушением формирования компенсаторного противовоспалительного ответа.

Степень тяжести ХСО целесообразно определять на основании выявленных патофизиологических изменений, клинико-эндоскопических особенностей и параклинических характеристик по балльной системе (0—3) по 10 параметрам. При сумме баллов до 10 имеет место легкая степень тяжести ХСО, от 11 до 20 баллов — средняя степень, более 20 баллов — тяжелая степень ХСО.

Лечение ХСО должно включать 3 этапа: курс стандартной противовоспалительной терапии, лечебно-диагностическую лапароскопию, курс реабилитации. Продолжительность и особенности каждого этапа определяются степенью тяжести течения заболевания и учетом репродуктивных задач пациентки.

Гирудотерапия обеспечивает эффективную коррекцию локальных нарушений гемодинамики, гемостаза, иммунитета и АОС, является патогенетически обоснованным методом терапии ХСО и может использоваться как в лечении обострений заболевания, так и в качестве профилактического противорецидивного метода терапии.

Внедрение в практику разработанной диагностической и лечебной тактики при ХСО, основывающейся на выявленных патогенетических механизмах, улучшает репродуктивное здоровье и качество жизни женщин, снижает частоту осложнений заболевания и осложнений последующей беременности.

Вывод. В результате проведенной работы установлено, что существующая диагностическая тактика при ХСО является неадекватной: частота диагностических ошибок составляет 43,5 %, а еще в 37,8% случаев диагноз оказывается неполным. Использование предложенного алгоритма диагностики, обязательным элементом которого является лапароскопия, позволяет не только оценить характер патологического процесса в области малого таза на ранних этапах заболевания, но и одновременно при необходимости выполнить хирургический этап лечения. Предложенная классификация ХСО по степени тяжести заболевания с учетом выявленных патогенетических механизмов и клинико-эндоскопических особенностей позволили применять дифференцированную тактику терапии при каждом из вариантов ХСО.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕТЕРОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Золотухин В.О. Андреев А.А. Глухов А.А.

Воронежский государственный медицинский университет им Н.Н.Бурденко

Актуальность. Остеомиелит – наиболее сложный вариант развития воспаления костной ткани, которое диагностируется в 3-24% после открытых переломов и в 1-7% после остеосинтеза. Рецидивы заболевания встречаются у 20-30% больных, а частота ампутаций и функциональной неполноценности достигает 10,3-56,8% случаев.

Цель. Изучение эффективности применения пантов марала и амикацина в купировании хронического травматического остеомиелита.

Материалы и методы. Исследование проведено на самцах крыс линии Wistar с массой 300 ± 20 граммов на базе НИИ ЭБМ ВГМУ им Н.Н.Бурденко. при поддержке Гранта Президента РФ по государственной поддержке ведущих научных школ Российской Федерации (НШ-2552.2020.7). В качестве источника факторов роста использовались порошкообразные панты марала, с размером частиц 250 мкм, в которых содержится большое количество факторов роста, таких как: BMP, PDGF, FGF, TGF, IGF. Моделирование хронического остеомиелита проводили согласно патенту: «способ моделирования хронического травматического остеомиелита». Все экспериментальные животные были разделены на 5 групп: В 1-й контрольной группе лечение не проводилось. В остальных группах выполняли 2-х этапную гидрохирургическую санацию (ГХС). В 1-й опытной группе ГХС и внесение в область раны пантов марала до полного заполнения полости. Во 2-й опытной группе –

Введение антибиотика амикацина в дозировке 15 мг/кг и гидроксиапатита кальция до заполнения костной полости. В 3-й опытной группе использовали сочетанное применение пантов марала и амикацина в дозировке 1:2 и гидроксиапатит кальция до заполнения, оставшегося дефекта. Оценку эффективности методики проводили на 7-е, 14-е, 28-е, 90-е и 120-е сутки исследования на основании данных окислительного стресса, морфометрических показателей и рентгенологических методов исследования.

Результаты исследования. В 1-й контрольной группе в течение всего эксперимента отсутствовало снижение показателей ДФНГ и МДА. Рентгенологическая картина на протяжении всего эксперимента характеризуется деструкцией костной ткани, в толще кортикального и губчатого слоев. Во 2-й контрольной группе показатели на 7-е сутки были на уровне $27,85 \pm 3,34$ нмоль/л и $69,22 \pm 3,53$ ед.оп плотности/мл к 120-м суткам они снизились на 55,8% и 29,94%. Рентгенологическая картина на 7-й день: диффузный и гипертрофический остеопороз количество костных балок снижено, к 120-м суткам зона деструкции снизилась, произошла эбурнеация. В 1-й опытной за время всего эксперимента показатели МДА и ДФНГ снизились примерно на 7,86%. Рентгенологическая картина к концу исследования: формирование ложных суставов на месте очага



остеомиелита, полная деструкция костной ткани с наркотизирующимися участками кортикальных слоев, картина остеосклероза. Во 2-й опытной группе интенсивность ПОЛ к 120-м суткам превышала нормальные значения на 8,07%. Рентгенологическая картина не отличается от 1-й опытной группы. В 3-й опытной группе показатели нормализовались к 90-м суткам. На рентгене к 90-м суткам прослеживался четкий рисунок и выраженные границы кортикального слоя. Костный дефект полностью закрыт, свищевые ходы и секвестры отсутствуют. Среди морфометрических показателей оценивали уровень межтрабекулярного расстояния и средней толщины трабекул. В 1-й контрольной группе были зарегистрированы самые большие показатели межтрабекулярного расстояния и средней толщины трабекул ($330,5 \pm 10,8 \mu\text{m}$ и $108,5 \pm 1,2 \mu\text{m}$). К 120-м суткам исследования показатели улучшились на 5.46% и 6.12%. Во 2-й контрольной группе на 7-е сутки исследования морфометрические показатели составили: $327,9 \pm 1,3$ и $109,3 \pm 0,5 \mu\text{m}$. К 120-м суткам уровень межтрабекулярного расстояния составил $324,9 \pm 2,2 \mu\text{m}$, а средней толщины трабекул - $111,4 \pm 0,5 \mu\text{m}$. В 1-й опытной группе динамика морфометрических показателей не имела достоверных отличий от показателей 1-й опытной группы. Во 2-й опытной группе нормализация морфометрических показателей произошла к 120-м суткам исследования. В 3-й опытной группе были зарегистрированы наименьшие морфометрические показатели на 7-е сутки исследования по сравнению со всеми группами. Нормализация показателей произошла к 90-м суткам исследования.

Выводы: Использование комбинированного препарата, состоящего из амикацина (в дозировке 15 мг/кг) и порошкообразных пантов марала в соотношении 2:1, ведет к нормализации показателей окислительного стресса на 90-е сутки исследования, что подтверждается формированием костной мозоли, по данным рентгенологического исследования, и нормализации морфометрических показателей на аналогичный срок.

“Эпидемиология, факторы риска, клиничко-визуализирующие особенности и приоритеты профилактики рака пищевода в Ферганской долине Узбекистана”

Зулунов А.Т

Актуальность темы. Рак пищевода является достаточно сложной и распространенной проблемой в современной онкологии. Принимая во внимание, что к моменту развития симптомов у большинства больных процесс является уже диссеминированным, ранняя диагностика и профилактика, а также лечения должно быть комплексным, на первом плане которого выступает скрининг – эпидемиологические исследования. Тем не менее сегодня в популяционной онкологии нет единого общепринятого подхода по выявлению заболеваний с помощью эпидемиологического мониторинга. Разработка специфических региональных программ в разных популяциях и регионах, в том числе в Узбекистане, базированные на



результатипроспективных исследований рака пищевода по-прежнему недостаточно. Одна из проблем при онкологических заболеваниях, в частности при раке пищевода, даже самые современные методы диагностики не улавливают начало развития болезни. Эпидемиологический скрининг – это процесс выявления болезни в донозологической стадии у лиц с факторами риска, но без клинических рисков или проявлений болезни. Это очень важный и совершенно недостаточно разработанный вопрос, востребованная научная тема профилактической онкологии.

Статистика в Узбекистане в частности, сравнительный анализ частоты заболеваемости и структуры злокачественных опухолей населения Андижанской области, несколько отличается от мировых показателей. В структуре онкологической заболеваемости ведущие позиции занимают опухоли желудка, злокачественные опухоли крови и легки, а также рак шейки матки. Однако, эти данные базируются на официальную статистику, отчетным материалам по формам “007” и “030-3”, что не могут отразить истинных эпидемиологических условий и ситуаций в отношении онкозаболеваний. О раке пищевода сообщается, а в целом, в условиях Ферганской долины специальные эпидемиологические исследования в отношении рака пищевода не проводились. Следовательно, истинные новые данные о частоте распространенности рака пищевода и факторах риска его развития в современной популяции данного региона – отсутствуют и/или нет. Любые эпидемиологические результаты в этом вопросе являются крайне важными для науки Узбекистана и необходимыми для разработки инновационных технологий в области профилактики рака пищевода среди населения.

Цель исследования: Совершенствование программы профилактического скрининга рака пищевода в условиях Ферганской долины РУз и увеличение выявляемости неоплазий пищевода на ранних стадиях.

Материалы и методы исследования:

Первый этап исследования основывался на санитарно-эпидемиологических данных, представленных Республиканскими онкологическими диспансерами в 2016-2020 гг. Изучались заболеваемость и смертность, ассоциированные с РП, распространенность РП среди населения областей и среди онкологических заболеваний. Изучались особенности выявления РП.

Второй этап исследования посвящался поиску эффективных подходов первичной и вторичной профилактики РП. Результатом этого этапа исследования стала разработка и оценка клинической эффективности алгоритма скрининга РП, включающего определение целевой популяции, методики первичного скрининга, тактику вторичного скрининга.

Второй этап исследования состоял из 3-х ветвей – ветвь первичного, вторичного и третичного скрининга. Всего во втором этапе исследования принимали участие 472 больных, в том числе 268 мужчин (56,78%). Средний возраст больных составил $46,28 \pm 12,49$ лет.

Результаты исследования: В ходе исследования был проведен скрининг целевой популяции – с негативным анамнезом в отношении патологии



гастроэзофагеальной зоны, у которых при опросе выявлены факторы риска РП. Большинство больных (56,5%) – мужчины. Средний возраст составил 46,28±12,49 лет.

Наиболее часто встречающимся фактором риска РП у представителей целевой популяции были клинические проявления ГЭР, применение лекарственных препаратов, ассоциированных с риском РП.

Вывод: Распространенность РП в Ферганской долине РУЗ составляет 5,29 случаев на 100 тыс населения, из них сельских жителей – 63%, женщин – 48,08%. РП составляет 1,98% от всех злокачественных новообразований. За период 2016-2020 гг распространенность РП снизилась на 21,29% ($p < 0,05$). Смертность от РП составила 22,27% в год.

Активное выявление РП (в процессе профилактических осмотров) выявило 20,08% заболеваний. 51,88% случаев РП выявлены на 2-й, 25,98% - на 3-й и 11,72% - на 4-й стадии. Выявление на ранней стадии (1 стадия) отмечалось только в 1 случае (0,42%).

Предлагаемая программа ступенчатого скрининга РП позволяет выявлять неоплазии пищевода у 4% больных с ФР РП и ранее недиагностированной патологией. В том числе у 25% больных – на стадии эпителиальной неоплазии низкой степени, 21% - эпителиальной неоплазии высокой степени, 14% - рак и инвазией в собственную пластинку, 9% - полиповидный рак, 8% - язвенный рак с четкими границами, 9% - язвенно-инфильтративная форма, 2% - неязвенный диффузно-инфильтративный рак, 2% - неклассифицируемый прогрессирующий рак.

МАГНОФЛОРИН ИЗ РАСТЕНИЙ BERBERIS

И.И.Хомидов, С.Х.Махаматова

Андижанский государственный медицинский институт.

Алкалоиды апорфиновой группы являются широко распространёнными среди изохинолиновых алкалоидов. До сегодняшнего дня выделено более 500 их представителей из более чем 80 родов растений, относящихся к двадцати семействам мировой флоры. Однако среди изученных видов барбарисов алкалоиды апорфиновой группы встречаются довольно редко, за исключением магнофлорина, который выделен из 16 видов барбариса. До выделения глауцина из *Berberis juliana* магнофлорин оставался единственным представителем апорфинов среди алкалоидов барбариса.

Магнофлорин - представляет собой четвертичный апорфиновый алкалоид, который был выделен из различных растений семейств Menispermaceae, Papaveraceae, Berberidaceae и других. Он был обнаружен среди противовоспалительных компонентов в экстракте *Sinomenii caulis* и, как предполагалось, обладает другими потенциальными физиологическими эффектами, такими как седативное и анксиолитическое, снижение



гемолиза эритроцитов, противогрибковая активность, улучшение острого легочного синдрома и защита от атрофии мышц.

Острое повреждение легких, которое характеризуется сильным воспалением легких, является основной причиной заболеваемости и смертности у критически больных пациентов. Сообщалось, что магнофлорин, четвертичный алкалоид, выделенный из китайской травы магнолия или аристолохия, обладает мощными противовоспалительными свойствами. Магнофлорин может быть использован в качестве потенциального лекарственного средства для лечения острого повреждения легких.

АПОРФИНОВЫЕ АЛКАЛОИД – ГЛАУЦИН

И.И.Хомидов, С.Х.Махаматова

Андижанский государственный медицинский институт.

Апорфиновый алкалоид - глауцин впервые выделен из растения мачок желтый (*Glauclium flavum* Crantz) семейства маковых (Papaveraceae). Однако, из барбарисов впервые он выделен из *Berberis julianae* семейства Berberidaceae.

Позже в целях сравнения с данными, представленными в литературе по алкалоидному составу дикорастущих видов барбариса, нами были изучены алкалоидный состав листьев *Berberis oblonga* культивированного в Ботаническом саду Академии Наук Республики Казахстан. Экстракцией хлороформом листьев культивированного *B.oblonga*, получено 0,15% суммы алкалоидов. Его 0,05% составляет главные алкалоиды: глауцин, изокоридин и таликмидин.

А также, ранее нами изучен листья интродуцированного вида *Berberis vulgaris*, ранее никем не исследованный. Сырье собрано в Ташкентской области в фазу цветения в мае месяце выделено ряд алкалоидов, основными которые являются: глауцин, таликмидин и изокоридин.

В качестве лекарственного сырья используется трава, заготавливаемая в фазу стеблевания, бутонизации или начала цветения от растений 1-го или 2-го года жизни. В траве содержатся изохинолиновые алкалоиды апорфиновой группы, главным который является - глауцин.

Глауцин в медицине используется в виде гидрохлорида. Он обладает бронхолитическим и противовоспалительным эффектом, действуя как ингибитор кальциевых каналов и используется в медицине как противокашлевое средство при заболеваниях лёгких и верхних дыхательных путей. Препарат обычно хорошо переносится, в отдельных случаях отмечаются головокружение, тошнота. Может наблюдаться умеренное гипотензивное действие, связанное с адренолитическими свойствами препарата, в связи с чем его не следует назначать при пониженном артериальном давлении и инфаркте миокарда.



Избирательно угнетает кашлевой центр продолговатого мозга. В отличие от наркотических анальгетиков глауцин не вызывает угнетения дыхания, привыкания, лекарственной зависимости, не оказывает тормозящего влияния на двигательную активность кишечника. Обладает слабыми адреноблокирующими свойствами, может вызвать снижение артериальной давления.

ВРОЖДЕННАЯ ВЫСОКАЯ ЧАСТИЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Ибрагимов А.В. соискатель – исследователь 2 курса ТашПМИ
Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Ташкент
Научный руководитель: д.м.н., доцент Саттаров Ж.Б.

Актуальность. Врожденная частичная кишечная непроходимость (ВЧКН) у новорожденных - один из самых частых поводов для госпитализации в хирургический стационар и оперативного вмешательства. При достаточной изученности ВЧКН у новорожденных в литературе нет подробного анализа о частоте, формах и результатах лечения данного вида непроходимости среди детей различных возрастных групп.

Цель настоящего исследования - изучить частоту и особенности клинических проявлений врожденной высокой частичной кишечной непроходимости у новорожденных и детей грудного возраста.

Материалы и методы исследования. В Республиканском учебно-лечебно-методическом центре неонатальной хирургии при Республиканском перинатальном центре, на клинической базе кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на стационарном лечении 131 ребенок с различными формами ВЧКН в возрасте от 1 дня до 1 года. Среди больных преобладали девочки – 96 (73,3%), мальчики составили 26,7% (35). Больным проводились комплексные клиничко-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические – обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование – ЖКТ, ирригография. У 112 (87,0%) больных отмечены признаки высокой кишечной непроходимости, у 19 (13,0%) – низкой кишечной непроходимости.

Результаты исследования. При высокой частичной КН причинами были: пороки развития самой duodenum (стенозы – 5 (4,5%), мембраны – 30 (26,8%); наружное сдавление двенадцатиперстной кишки (ДПК) перидуоденальными спайками – 11 (9,8%), кольцевидная или клещевидная поджелудочная железа – 48 (42,8%). В 18 (16,1%) случаях высокая кишечная непроходимость была обусловлена мальротацией. У 51 (45,5%) отмечены острые или рецидивирующие боли в животе; у 13 (11,6%) доминирующим симптомом явилось кишечное кровотечение; у 11 (9,8%) - признаки мальабсорбции кишечника; у 5 (4,5%) обнаружено объемное образование в брюшной



полости. У 32 (28,6%) детей наблюдались по 2 клинических признака в различных сочетаниях.

Основным методом диагностики ВКН является рентгенологический, который всегда начинается с обзорной рентгенографии брюшной полости и нередко дополняется контрастным исследованием желудочно-кишечного тракта в виде пассажа контрастной массы или ирригографии.

Выводы. ВЧКН появляется в виде высокой частичной кишечной непроходимости как

изолированный порок развития кишечника в 85,5 % случаев. Комплексный подход к дооперационной диагностике позволяет более точно ориентироваться в различных анатомических формах ВЧКН, в выборе тактики и установления оптимальных сроков проведения операции. Выбор оперативного вмешательства определяется анатомическим вариантом порока, подтверждаемым интраоперационными находками. Тактика должна быть дифференцированной в каждом отдельном случае, максимально направленная на коррекцию выявленных компонентов.

ВРОЖДЕННАЯ НИЗКАЯ ЧАСТИЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА-1

**Ибрагимов А.В. соискатель – исследователь 2 курса ТашПМИ
Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Ташкент
Научный руководитель: д.м.н., доцент Саттаров Ж.Б.**

Актуальность. Врожденные пороки развития не имеют тенденции к снижению в последние годы. Сохраняется высокая популяционная частота пороков у новорожденных от 2,5 до 4,5%. Это объясняется не столько абсолютным увеличением их количества, сколько улучшением диагностики как внутриутробно, так и в период новорожденности. Многообразные формы врожденной частичной кишечной непроходимости (ВЧКН) в большинстве случаев приходятся на неонатальный период и до 3 месяцев жизни детей. Но возможно возникновение проявлений кишечной непроходимости у детей старших возрастных групп, подростков и даже у взрослых.

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений врожденной низкой частичной кишечной непроходимости у новорожденных и детей грудного возраста.

Материалы и методы исследования. В Республиканском учебно-лечебно-методическом центре неонатальной хирургии при Республиканском перинатальном центре, на клинической базе кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на стационарном лечении 131 ребёнок с различными формами врожденной кишечной непроходимости (ВКН) в возрасте от 1 дня до 1 года, из них новорожденные –



109 (83,2%); от 1 до 3 мес. – 16 (12,2%); от 3 до 5 мес. – 4 (3,1%); от 6 мес. до 1 года – 2 (1,5%). Среди больных преобладали девочки – 96 (73,3%), мальчики составили 26,7% (35). Больным проводились комплексные клиничко-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические – обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование – ЖКТ, ирригография и компьютерная томография (КТ). У 112 (87,0%) больных отмечены признаки высокой кишечной непроходимости, у 19 (13,0%) – низкой кишечной непроходимости.

Результаты исследования. Причиной низкой кишечной непроходимости служили стенозы – 4 (21,05%) кишечника с различной локализацией в пределах тощей – 3 (75,0%); и толстой кишки – 1 (25,0%). Мембранозная форма непроходимости отмечена у 6 (31,6%); наружное сдавление кишечника у 5 (26,3%). У 4 (21,05%) детей различные формы мальротации кишечника сопровождались клиничко-рентгенологическими признаками низкой кишечной непроходимости.

Такая вариабельность клинических проявлений ВКН обусловлена локализацией обструкции. В зависимости от уровня препятствия, мы различали высокую и низкую непроходимость кишечника. Как правило, границей между высокой и низкой кишечной непроходимостью является начальный отдел тонкой кишки. Правомочность такого деления подтверждается однотипностью клиничко-рентгенологических признаков кишечной непроходимости независимо от причинного фактора. Степень обструкции (полная или частичная) также является одним из основных факторов, определяющих течение кишечной непроходимости. По клиническому течению различали острую, подострую, хронически-рецидивирующую формы. Их анализ свидетельствует о поливалентности тонатогенных факторов, обусловленных как изменениями самой кишечной непроходимости, так и связанных с ней до операционных и послеоперационных осложнений и сопутствующими заболеваниями.

Выводы. ВЧКН появляется в виде низкой частичной кишечной непроходимости как изолированный порок развития кишечника в 13,0% случаев. В 21,05% сочетается с мальротациями. Заболевание диагностируется в виде острого или подострого течения преимущественно в неонатальном (83,2%), раннем грудном возрасте (16,8%).

РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов Ж.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы повышения качества диагностики и эффективности лечения детей больных спаечной болезнью кишечника продолжает оставаться в практическом здравоохранении главной. Известно, что спаечная кишечная



непроходимость - это нарушение проходимости желудочно-кишечного тракта. Она является одним из проявлений спаечной болезни брюшины, характеризующейся наличием внутрибрюшных спаек и сращений.

Цель исследования. Унификация подхода к больным с подозрением на ОСКН и рентгенологическая характеристика функции ЖКТ у детей с ОСКН.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 35 детей, поступивших с клиникой острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН). Самая малочисленная группа - дети до 4 лет - 12 (34,3%). Основная масса поступивших представлена детьми от 8 до 14 лет - 23 (65,7%). Мальчиков - 21, девочек - 14.

Результаты и их обсуждение Одним из эффективных критериев консервативной терапии (в том числе предоперационной) являлась рентгенологическая характеристика функции ЖКТ. У детей (88,5%), поступивших в детскую клинику на уровне приемного отделения была проведена обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении. Двум (5,71%) детям рентгенологическое обследование не проводилось, так как они поступили в стационар с клиникой острого аппендицита, без оперативных вмешательств в анамнезе. Двое (5,71%) детей были взяты в операционную в связи с очень выраженным болевым синдромом без рентгенологического обследования. Из 31 ребенка у 12 (38,70%) детей при этом определялись типичные рентгенологические признаки дисфункции кишечника, как самостоятельно, так и в сочетании друг с другом (уровни жидкости в разных отделах брюшной полости, газовые пузыри кишок и ассиметричное газонаполнение кишечника). Уровни жидкости были найдены у 77,4% из 12 пациента, газовые пузыри кишок у 41,98% и ассиметричное газонаполнение кишечника с зоной гомогенного затемнения у 45,26% детей. Особое значение мы придаем третьему фактору (ассиметричное газонаполнение кишечника), так как считаем, что он является одним из косвенных признаков, указывающих на спаечный конгломерат, где газонаполнение снижено. Среди оперированных детей, которым выполнена обзорная рентгенография (9 ребенка из 16) данный показатель был выше и составил 56,25%. При контрастном исследовании ЖКТ с 10% сульфатом бария придавали значение задержке продвижения бария, который концентрируется в виде «депо» в каком-либо участке ЖКТ. Мы считаем его решающим в определении тактики. Метод возможен только при отсутствии рвоты или обильного отделяемого по назогастральному зонду, что не позволяет провести его у всех больных и, следовательно, его значимость снижена. Нами этот прием использован у 27 (87,09%) больных и у 9 (29,03%) выявлено «депо» сульфата бария перед препятствием. Данный показатель выше у оперированных пациентов, которым контролировалось продвижение контрастного вещества по ЖКТ. Он составил 70.96%.

Выводы. Таким образом, мы считаем, что где газонаполнение снижен, является одним из косвенных признаков, указывающих на спаечный конгломерат. Среди оперированных детей, которым выполнена обзорная рентгенография (9 ребенка из 16) данный показатель был выше и составил 56,25%.



ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДАХ ТУПОЙ ТРАВМЫ

Ибрагимов С.Т.

Студент 409-гр. Педиатрического факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Научный руководитель: PhD, доцент Бойманов Ф.Х.

Актуальность. Анализ заключений экспертизы трупов, связанных с тупой сочетанной травмой (СТ) показал, что в описательной части заключений экспертизы трупов повреждений органов и тканей при СТ не всегда описывались квалифицированно. В большинстве случаев при описании повреждений всех частей тела, в том числе головы (ЧМТ) ограничивались установлением локализации, размеров и характера, а иногда и формы повреждений. Недостатки в описаниях деталей повреждённых структур по видимому связаны с одной структурами – малой информированностью врачей СМЭ морфологическими классификациями повреждений этих структур и с другой стороны – неполноценным секционным исследованием этих частей тела с применениями специальных методов, рекомендованных и включаемых в стандарты исследования трупов при тупой травме.

Цель исследования. Изучения сущности известных и наиболее приемлемых методик исследований структуры головы при СМЭ трупов с тупой сочетанной механической травмой.

Материалы и методы исследования. Изучены заключений СМЭ трупов при сочетанной травме, проанализирована научно-методическая литература по данной проблем.

Результаты исследования. В процессе СМЭ трупов после извлечения ГМ производят поэтапно взвешивание, общий визуальный осмотр, затем исследование на разрезах и обязательное взятие кусочков головного мозга для судебно-гистологического исследования. При этом важное значение имеет выбор секционных разрезов методов исследований ГМ для выявления изменений и повреждений со стороны оболочек и вещества ГМ. Необходимо учесть, что разрезы не должны нарушать анатомо-топографические соотношения структуры мозга. Выявленные изменения необходимо описать квалифицированно с указанием локализации, характера, объема и др. особенностей повреждений. При ЧМТ наиболее приемлемыми являются методы Р. Вирхова, Б. Фишера (1876), Науменко В.Г. и В.В. Грехова (1975).

Вывод. Для решения задач судебно-медицинской экспертизы в случаях сочетанной тупой травмы наиболее приемлемыми являются методы Р. Вирхова и Б. Фишера, в модификации по способу В.Г. Науменко и В.В. Грехова - для исследования структуры головного мозга.



ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИИ ПУПОВИНЫ

Ибрагимова С.Р.

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Высокая распространенность гипоксически-ишемических повреждений мозга, возникающих вследствие интранатальной гипоксии при данной патологии, свидетельствует об отсутствии четких критериев выбора акушерской тактики при этом осложнении беременности.

В мире частота различных аномалий пуповины варьирует от 4,8 до 38,4%. При этом, около 30% занимает обвитие пуповины вокруг шеи плода, следствием которого в 7,7-21,4% случаев является асфиксия новорожденного, в 1,7-4,3% - интранатальная гибель плода и в 1,5-1,6% - неонатальная смертность. К патологии пуповины относят обвитие пуповины вокруг частей плода, истинный узел, короткую пуповину и патологию сосудов пуповины.

Цель исследования. Изучить влияние обвития пуповины вокруг шеи плода на перинатальные исходы в зависимости от способа родоразрешения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 107 историй родов женщин, находившихся в родильном отделении Перинатального центра г Андижана в период с 2018 по 2020 гг. Основную группу составили женщины с патологией пуповины в виде обвития вокруг шеи плода, беременность которых завершилась консервативными родами (n=71). В группу сравнения вошли пациентки с патологией пуповины, родоразрешенные путем операции кесарева сечения (n=36).

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам нашего исследования, обвитие пуповины вокруг шеи плода в 46% наблюдений осложняет течение родового акта при консервативном его ведении, и в 38% - является причиной гипоксически-ишемических повреждений головного мозга новорожденного. При этом, многократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода чаще сопровождается острой гипоксией, а нетугое однократное не влияет на перинатальный исход. В то же время, оперативное родоразрешение в плановом порядке, даже при тугом обвитии пуповины вокруг шеи плода, позволяет предотвратить ишемическое повреждение головного мозга.

Среди особенностей течения настоящей беременности отмечены такие осложнения, как хроническая гипоксия плода (у 21,1% женщин основной группы и 11,1% - группы сравнения). Кроме того, у пациенток обеих групп диагностированы: нарушения маточно-плацентарного кровотока (в 3,2% случаев в основной, и в 5,5% - группе сравнения); многоводие выявлено у 5,6% и 2,7% беременных; маловодие - 2,8% и 8,3%, соответственно.

При анализе сроков родоразрешения в группах установлено, что в большинстве наблюдений констатированы срочные роды (основная группа - 97,2%, группа сравнения -



86%). Удельный вес преждевременных родов в интервале от 28 до 35 недель гестации в группе сравнения составил 13,9%, что превысило показатель основной группы в 6,5 раз.

С помощью УЗИ, до родов обвитие пуповины вокруг шеи плода удалось визуализировать у 22,5% беременных основной и 55,% - группы сравнения. В остальных случаях факт обвития пуповиной являлся случайной находкой при родоразрешении.

Вывод. Обвитие пуповины вокруг шеи плода является наиболее частой патологией беременности и родов, что оказывает неблагоприятное влияние на исход и состояние новорожденного.

Таким образом, своевременное прогнозирование дистресса-синдрома плода в родах и изменение акушерской тактики, может стать резервом для снижения показателей перинатальной заболеваемости.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Ибрагимова С.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Изучения преждевременных родов обусловлена высокой смертностью и заболеваемостью недоношенных младенцев, которая наблюдается в 8 – 13 раз чаще чем при своевременных родах, а также потребностью в огромных ресурсах системы здравоохранения на выхаживание и реабилитацию данного контингента детей. Таким образом проблема преждевременных родов является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве, требующая многостороннего изучения и комплексного подхода к ее решению. При этом особое внимание должно уделяться перинатальным исходам как основополагающему критерию оценки эффективности пролонгирования беременности и тактики ведения родов недоношенным плодом.

Цель исследования: 1. Определить факторы риска преждевременных родов. 2. Выявить особенности течения преждевременных родов и послеродового периода; 3. Провести анализ перинатальных исходов при преждевременных родах в зависимости от срока гестации и метода родоразрешения; 4. Оценить последствия ПР у новорожденных.

Материал и методы. Для выполнения поставленных в работе задач проведен ретроспективный анализ 50 историй родов при сроках гестации 24-37 недель и 50 историй развития новорожденных за 2019 г

Результаты и обсуждение. Наиболее грозным осложнением беременности является ФПН-36% и кровотечение в послеродовом периоде, выявленное у 30% беременных. ПР в 40 % случаях начинаются с ПИОВ.

Сравнительный анализ тактики ведения ПР при ПИОВ на разных сроках гестации показал, что преимущества выжидательной тактики, над активной в 22-27 недели гестации на момент рождения, заключались в отсутствии у детей ВЖК IV степени (0%) и



меньшей частотой возникновения СДР тяжелой степени (18%), следовательно у 89% новорожденных из группы с активной тактикой, требовалось проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ), в то время как при выжидательной тактике ИВЛ проводилась только 39% новорожденным. Таким образом при активной тактике ведения летальность составила 40%, а при выжидательной - 2%.

В 28-30 недели гестации, у новорожденных из групп как с активной, так и с выжидательной тактикой ВЖК IV степени отсутствовали. детей с активной тактикой ВЖК III степени диагностировано у 25 %, при выжидательной поражения ЦНС у новорожденных не было. При активной тактике СДР тяжелой степени был диагностирован у 22% детей, при выжидательной — у 17 %, необходимость в оксигенации при активном ведении -35%, а при выжидательном-25%, летальность составила -17% только у групп детей с активной тактикой ведения.

В сроки гестации 31-33недель анализ показал, что при активной тактике ВЖК II степени было диагностировано у 14% детей, а СДР средней тяжести 20% , в то время как при выжидательной тактике ВЖК II степени вовсе отсутствовало, а СДР средней тяжести составило 12%, ИВЛ при активной тактике- 25%, а при выжидательной -10%, летальность 10% при активной тактике.

После 34 недель ВЖК I-II ст 10% при активной тактике,7% при выжидательной. РДС средней тяжести диагностировано при активной тактике у 5%, при выжидательной -4%, в то время как необходимость в оксигенации при выжидательной тактике составило 13%, что превышает таковую над активной(10%), летальность на долю детей с активной группы составила-2%, а в группе с выжидательной тактикой -4%.

Оценка перинатальных исходов показала , что наиболее частым последствием ПР у недоношенных детей является гипоксическое поражение ЦНС диагностируемо у 34% новорожденных, ретинопатия у 24%, так же выявлено наличие внутриутробной инфекции у 15%, (пневмонии у 10% детей), РДС у 12 %, открытый артериальный проток -3%, асфиксия -2%.

Выводы. На основании проведенного ретроспективного анализа историй родов и историй развития новорожденных сделано заключение, позволяющее отнести выжидательную тактику ведения при ПИОВ к наиболее эффективной в сроки гестации до 34 недель, обусловленную отсутствием ВЖК IV степени и снижению частоты возникновения СДР у недоношенных детей.

Таким образом, раннее выявление основных факторов риска на этапе предгравидарной подготовки и во время беременности, а так же выбор правильной тактики ведения ПР на разных сроках гестации , может снизить частоту возникновения как самих ПР, так и осложнений со стороны плода.



ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОБЪЕМНОЙ ПЕРФУЗИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИЗУЧЕНИИ СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.

Икрамов А.И.1,2, Ярмухамедова Д.С.1, Низамова М.М.2, Халибаева Г.Б.2,
Турсунова Л.Н.1

1Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
2ГУ “Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В. Вахидова”

Актуальность темы. Среди всех сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) ведущая роль по причине смертности и инвалидизации принадлежит ишемической болезни сердца (ИБС). Как известно, основной патофизиологической особенностью ИБС является остро возникшее или хроническое нарушение баланса между потребностями миокарда в кислороде и возможностями коронарного кровотока обеспечить эти потребности. При невозможности адекватного увеличения кровотока в условиях повышенной потребности миокарда в кислороде развивается ишемия миокарда. В связи с этим, на сегодняшний день, визуализация перфузии миокарда и предупреждение развития фатальных осложнений, играет центральную роль в диагностике, лечении и стратификации риска у пациентов с ИБС.

Цель исследования. Определить диагностическую значимость объемной КТ-перфузии в изучении состояния миокарда левого желудочка у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 46 пациентов (27 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 42 до 78 лет (средний возраст пациентов составил $49 \pm 5,6$ лет). Всем пациентам выполнена КТ-перфузия миокарда на широкодетекторном 640-срезовом компьютерном томографе «Aquillion one» версии Genesis (Canon Medical Systems, Япония). Проводилась КТ-коронарография и КТ-перфузия миокарда с **Введением** тест-болюс контрастного вещества (Юнигексол 350) через периферический венозный катетер диаметром 18-22G в кубитальную вену со скоростью 5,0-5,5 мл/сек. При этом визуализировались коронарные артерии (КА), а также оценивались зоны дефектов перфузии миокарда ЛЖ, с **Введением** стресс-агента натрия аденозинтрифосфата (АТФ) из расчета 1 мг/кг в течение 3 минут и в покое (без введения стресс-агента). Анализ результатов перфузии миокарда проводили с помощью метода полярного картирования с использованием модели 17 сегментарного деления ЛЖ по АНА (American Heart Association 2002г.). Дефекты перфузии миокарда ЛЖ определяли визуально и путем автоматического расчета полуколичественного показателя коэффициента трансмуральной перфузии (transmural perfusion ratio - TPR) в покое и в фазу реактивной гиперемии при введении стресс-агента. Обработка полученных данных производилась на рабочей



станции Vitrea с помощью приложения Cardiac: Arteries CT – 3D Analysis Auto Vessels и Myocardial perfusion.

Результаты исследования. При анализе результатов объемной КТ-коронарографии у 7 пациентов (18,4%) отмечался однососудистый характер поражения КА, в 12 (31,6%) случаях отмечалось двухсосудистое поражение и у 19 (50%) пациентов было выявлено мультисосудистое поражение КА. В 29 (31,5%) сегментах стеноз был обусловлен наличием мягкотканых атеросклеротических бляшек (МТАБ), в 21 (22,8%) случаях выявлены смешанные атеросклеротические бляшки (АСБ), а в 42 (45,6%) сегментах стенозы отмечались за счет наличия кальцинированных атеросклеротических бляшек (КАСБ). При оценке результатов объемной КТ-перфузии миокарда наибольшее число участков гипоперфузии миокарда было выявлено достоверно чаще у пациентов с категорией CAD-RADS 4 и CAD-RADS 5 ($p=0,041$). Согласно полученным данным перфузионной компьютерной томографии наиболее часто дефекты перфузии отмечались в бассейне кровоснабжения передней межжелудочковой артерии - 46 сегментов (48%) ($p=0,032$), меньше всего определялись участки гипоперфузии в бассейне огибающей артерии – 13 сегментов (17%), а в сегментах кровоснабжаемых правой коронарной артерией было выявлено 19 зон (35%) с нарушением перфузии.

Вывод. Таким образом, комбинированная оценка таких морфологических изменений, как изучение показателей коронарного кальциноза, структуры атеросклеротической бляшки, наличия и степени стенотических изменений, а также функционального состояния КА: изучение состояния миокарда ЛЖ, с определением зон пониженной перфузии, относящихся к бассейну той или иной КА, в рамках одного исследования, дает возможность выбрать оптимальную тактику ведения пациентов и соответственно улучшить **Результаты** терапии.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА КРОВИ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ МИОПИИ

Икрамов О.А., Икрамов А.Ф., Икрамов Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Определение роли микроэлементного состава крови в развитие и прогрессирование миопии путем сравнительного исследования содержания микроэлементов в сыворотке крови и их экскреции у пациентов с миопией и эмметропией.

Материалы и методы. В работе представлены **Результаты** обследования 140 (280 глаз) пациентов в возрасте от 18 до 45 лет с различной степенью миопии, находившихся на лечении в отделении глазных болезней клиники Андижанского государственного медицинского института. Средний возраст составил $25 \pm 1,2$ года. Для



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



сравнения была взята контрольная группа из 100 пациентов (200 глаз) с эмметропией и гиперметропией слабой и средней степени. Из исследования были исключены дети с гиперметропией или астигматизмом, а также пациенты, страдающие другой патологией органа зрения любого генеза.

Биохимический анализ крови на микроэлементы проводился колориметрическим методом в Центральной научно-исследовательской лаборатории АГМИ. Определение содержания микроэлементов в сыворотке крови проводилось с помощью атомно-эмиссионного спектрального анализа. Микроэлементный анализ проводился с использованием гамма-спектрометрической аппаратуры. В пробах слезной жидкости определяли содержание общего белка по методу М.М. Bradford. Уровень 25-гидрокси-холекальциферола 25(OH)D определяли методом хемилюминесцентного иммуноанализа на микрочастицах оценивали содержание 25(OH)D в сыворотке крови.

Результаты и обсуждение. При определении микроэлементного состава крови у пациентов с миопией выявлено достоверное снижение содержания в крови ионов железа (Fe), меди (Cu) и кальция (Ca), содержание ионов цинк (Zn), наоборот, было повышено.

Содержание крови ионов железа (Fe), меди (Cu) и кальция (Ca), цинка (Zn) в крови пациентов с миопией и группы контроля

Выявлена разница в микроэлементном составе крови у пациентов с эмметропией и у пациентов с миопией различной степени. Так, у пациентов с миопией слабой степени не отмечено достоверной разницы в содержании в крови ионов Fe, Cu, Ca и Zn по сравнению с содержанием этих микроэлементов у пациентов с эмметропией. При миопии средней и высокой степени наблюдается достоверное снижение содержания в крови ионов Fe, Cu, Ca по сравнению с содержанием их у пациентов с эмметропией. Их средние показатели составили соответственно $17,3 \pm 1,6$; $12,7 \pm 1,5$; $1,85 \pm 0,2$ ммоль/л; в контрольной группе их уровень соответственно составил $21,3 \pm 1,2$; $19,9 \pm 1,5$; $2,4 \pm 0,8$ ммоль/л.

Уровни общего и ионизированного кальция, а также неорганического фосфора в сыворотке крови и их выведение с мочой позволяют оценить обеспеченность процессов насыщения опорных тканей организма (соединительной ткани) солями кальция и фосфорной кислотой.

Снижение содержания в сыворотке крови общего и ионизированного кальция, фосфора при одновременном снижении экскреции кальция и повышении экскреции фосфора с мочой свидетельствуют о недостаточном насыщении опорных тканей солями кальция и фосфорной кислотой, тогда как повышение уровней общего и ионизированного кальция, фосфора в сыворотке крови, экскреции кальция, понижении экскреции фосфора - о повышенном насыщении.

Результаты проведенных исследований показали, что не только уровень Ca в сыворотке крови ($1,85 \pm 0,2$), но и экскреция Ca ($2,3 \pm 0,6$ ммоль/л) с мочой у пациентов с миопией достоверно ниже в сравнении с показателями в группе контроля ($2,4 \pm 0,8$ и $5,5 \pm 1,4$ ммоль/л соответственно). Все это свидетельствуют о недостаточном насыщении



ими опорных тканей организма. Кроме того, выявлено достоверное снижение этих показателей при прогрессирующей миопии.

Проведен анализ корреляционной взаимосвязи между содержанием кальция в сыворотке крови и показателем его экскреции у пациентов со стационарной и прогрессирующей миопией. Выявлена средняя прямая связь между содержанием кальция в сыворотке крови и показателем его экскреции у детей со стационарной миопией ($r=0,65$) и при прогрессирующей ($r=0,33$) миопии, что свидетельствуют о лучшем компенсаторном механизме, при стационарной миопии, направленном на поддержание постоянства данного показателя.

Сравнительный анализ уровня фосфора в сыворотке крови и его экскреции с мочой у пациентов со стационарной и прогрессирующей миопией по отношению к группе контроля выявил тенденцию к уменьшению его содержания в сыворотке крови и увеличению экскреции с мочой, но при этом разница между показателями оказалась недостоверная, что возможно может указывать на дисбаланс фосфорно-кальциевого обмена.

Проведена оценка корреляционной связи между показателями переднезаднего объёма (ПЗО) содержанием 25(OH)D, кальцием и фосфором в сыворотке крови у пациентов со стационарной и прогрессирующей миопией.

Анализ корреляционной взаимосвязи в обеих группах показал наличие сильной отрицательной взаимосвязи между показателями ПЗО и уровнем 25(OH)D в крови, показал, что низкий уровень 25(OH)D сыворотки крови связан с более высоким показателем ПЗО и значит более высоким риском миопии. Между уровнями 25(OH)D в крови (нг/мл) и Ca (ммоль/л) в крови, а также 25(OH)D в крови (нг/мл) и фосфора (ммоль/л) в крови также прослеживается сильная положительная взаимосвязь при прогрессирующей миопии и средняя связь при стационарной миопии, показывая, что миопия сопровождается как понижением 25(OH)D, так и понижением кальция и фосфора, что приводит к прогрессированию процесса.

Выводы: При оценке микроэлементного состава крови у пациентов с миопией выявлено снижение содержание ионов железа (Fe), меди (Cu) и кальция (Ca), а содержание ионов цинка (Zn), наоборот, было повышено. При миопии средней и высокой степени наблюдается достоверное снижение содержания в крови ионов Fe, Cu, Ca по сравнению с содержанием их у пациентов с эмметропией.

Анализ результатов проведенных исследований показал, что не только уровень Ca в сыворотке крови, но и экскреция Ca с мочой у пациентов с миопией достоверно ниже по сравнению с показателями группы контроля, что свидетельствуют о недостаточном насыщении ими опорных тканей организма.

Сравнительный анализ уровня фосфора в сыворотке крови и его экскреции с мочой у пациентов со стационарной и прогрессирующей миопией по отношению к группе контроля выявил тенденцию к уменьшению его содержания в сыворотке крови и увеличению экскреции с мочой, но при этом разница между показателями оказалась

недостовверная, что возможно может указывать на дисбаланс фосфорно-кальциевого обмена.

4. Между уровнями 25(OH)D (нг/мл) и Ca (ммоль/л), а также фосфора (ммоль/л) в крови прослеживается сильная положительная взаимосвязь при прогрессирующей миопии и средняя связь при стационарной миопии, показывая что миопия сопровождается как понижением 25(OH)D, так и содержания кальция и фосфора, что значительно может повлиять на прогрессирование миопической рефракции.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА RS1107946 ГЕНА COL1A1 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ МИОПИИ

Икрамов О.А., Икрамов А.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Как известно, миопия (H52.1) является широко распространенной во всем мире аномалией рефракции зрения, представляющей разновидность аметропии, приводящей к значительным общественным и социально-экономическим проблемам. За прошедшее десятилетие весьма расширилось представление молекулярно-биологических механизмах, предопределяющих ошибку рефракции, что еще больше подтверждает предположения о том, что близорукость является результатом сложного взаимодействия между генетической предрасположенностью и воздействием окружающей среды. На протяжении многих лет в мировой литературе существовали различные мнения по поводу того, является ли миопия преимущественно генетической или обусловлена воздействием внешних факторов.

Цель исследования. Определение ассоциативной связи полиморфизма rs1107946 гена COL1A1 с миопии в Узбекистане.

Материал и методы исследования. Обследуемая группа состояла из 237 человек, проживающих на территории Узбекистана. В группу условно-здоровых лиц, не имеющих в анамнезе миопии, было включено 137 человек. В основную группу вошло 100 пациентов. Диагноз миопии был установлен на основании данных полученных клинико-офтальмологическими (биомикроскопия, периметрия, авторефрактометрия) и инструментальными исследованиями в клинике Андижанского Государственного медицинского института Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан. Молекулярно-генетическая часть данной работы выполнена на базе отдела молекулярной медицины и клеточных технологий Научно-исследовательского института Гематологии и Переливания крови МЗ РУз.

Материалом для молекулярно-генетического анализа служили образцы ДНК, выделенные из лейкоцитов периферической венозной крови. Тестирование полиморфизма rs1107946 гена COL1A1 проводили на ПЦР-амплификаторе Rotor Gene



6000 (Corbett, Австралия), с использованием тест-системы компании «Синтол» (Россия), согласно инструкции производителя. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью компьютерного пакета статистических программ «WINPEPI 2016, Version 11.65».

Результаты и обсуждение. Молекулярно-генетическое исследование в контрольной группе показало, что частота выявления минорного аллеля А полиморфизма rs1107946 гена COL1A1 составила 18,2 %.

В контрольной группе было выявлено относительно низкое генное разнообразие: уровень ожидаемой гетерозиготности, H_{exp} , соответствует 0,298, где $0,2 < H_{exp} < 0,3$. Коэффициент D^* принимает отрицательные значения, что говорит о недостатке гетерозигот, уровень которых соответствует оптимальным значениям ($D^* = -0,070$). Среди пациентов с миопией, при наличии умеренной гетерозиготности $H_{exp} = 0,41$ ($0,4 < H_{exp} < 0,5$), показан умеренный избыток гетерозигот $D^* = 0,17$.

При этом, теоретически, ожидаемая частота распределения генотипов в контрольной группе составила – $C/C = 0,668$, $C/A = 0,298$, $A/A = 0,033$, а фактически наблюдаемая: $C/C = 0,679$; $C/A = 0,277$; $A/A = 0,044$.

Полученные данные в основной группе пациентов также согласованы с χ^2 -критерием, где $\chi^2 = 0,41$ и $p = 0,68$. Ожидаемая частота генотипов в этой группе составила: $C/C = 0,497$; $C/A = 0,416$; $A/A = 0,087$, а наблюдаемая: $C/C = 0,46$; $C/A = 0,49$; $AA = 0,05$.

Анализ распространенности показателей генотипов выявил, что в группе больных с миопией распространенность генотипа C/C составляет 46,0% ($n=46$), генотипа C/A - 49,0% ($n=49$) и генотипа A/A - 5,0 % ($n = 5$), а в группе популяционного контроля – показатели распространенности генотипа соответственно составляют – 67,9% ($n=93$), 27,7% ($n = 38$) и 4,4% ($n=6$)

В основной группе шанс обнаружить С аллель статистически значимо ниже в группе больных: $OR = 0,53$; 95% CI: 0,35–0,82; $\chi^2 = 7,64$; $p = 0,0057$ тогда как шанс обнаружения А аллеля повышается более чем в 1,87 раза ($OR = 1,87$; 95% CI: 1,22–2,89). Выявлена протективная функция генотипа C/C по отношению риска развития заболевания: частота данного генотипа статистически значимо ниже в выборке пациентов ($OR = 0,40$; 95% CI: 0,24–0,69; $\chi^2 = 10,53$; $p = 0,0012$). Тогда как неблагоприятные генотипы C/T и T/T встречаются в 2,6 и 1,7 раза чаще среди больных основной группы по сравнению с контролем ($OR = 2,61$; 95% CI: 1,50 – 4,53, и $OR = 1,68$; 95% CI: 0,49 – 5,81, соответственно).

Распределение генотипов rs1107946 в группах людей с миопией средней степени и миопией высокой степени не имело статистически значимых отличий от таковых в контрольной группе ($p = 0,400$ и $p = 0,338$).

Изучение генов-кандидатов подтверждает, что близорукость, по сути, является настолько полиэтиологичной и сложной патологией, что исследования отдельных генов-кандидатов вряд ли способны продемонстрировать всю полноту взаимодействий и отношений, необходимых для учета значения большинства генов восприимчивости к развитию данного заболевания.



Выводы: Частота встречаемости полиморфизма rs1107946 гена COL1A1 минорного А аллеля у больных с миопией в Узбекистане составила 30%.

Выявлена статистически значимая ассоциация аллеля А и гетерозиготного генотипа С/А полиморфизма rs1107946 гена COL1A1 с риском развития миопии.

Наличие аллеля С и генотипа С/С полиморфизма rs1107946 гена COL1A1 понижает риск развития миопии.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Ф.Д. Икрамова, С.З. Салахидинов, С.М.Ахмадалиев, С.М.Мухторов
Андижанский государственный медицинский институт

Парапроктит - одно из самых распространенных проктологических заболеваний. Однако до сих пор вопросы тактики лечения этого заболевания не разрешены и нередко становятся предметом острых дискуссий. Парапроктит встречается у 5 из 1000 практически здоровых людей (0,5%) и составляет 20-40% всех болезней прямой кишки. Большинство больных с острым парапроктитом не получают своевременной эффективной хирургической помощи, длительно лечатся, надолго выбывают из активной трудовой деятельности вплоть до стойкой инвалидности в результате хронического течения неизлеченного гнойного процесса или возникновения рубцовой деформации промежности с недостаточностью анального сфинктера послеоперационного характера. После вскрытия гнойника параректальной клетчатки без ликвидации внутреннего отверстия парапроктита рецидив заболевания или свищи прямой кишки возникают в 50-100% случаев. После операций по поводу свищей прямой кишки рецидивы заболевания наблюдаются в 15-30% случаев. Выздоровление больных с острым парапроктитом наступает в течение 15-25 дней после радикального хирургического вмешательства.

Изучение архивного материала проктологического отделения клиники АГМИ за последние 10 лет установило, что острый парапроктит составляет 42,7% случаев от всех urgentных общепроктологических заболеваний. Этим больным радикальные хирургические вмешательства выполнялись в день госпитализации. У 317 больных с острым парапроктитом в день поступления в клинику под общим или местным обезболиванием производили вскрытие параректального гнойника, с ликвидацией внутреннего отверстия, содержимое подвергали бактериологическому исследованию с определением чувствительности к антибиотикам и антисептическим растворам. Полость гнойника орошали раствором диоксидина или декасана, обладающими широким антимикробным спектром воздействия. Самочувствие больных после вышеописанной манипуляции улучшалось, температура тела снижалась, боли стихали. Парапроктит в сочетании с геморроем был в 9,4% случаев. Подкожно-подслизистые и чрессфинктерные парапроктиты вскрывались в просвет кишки линейным радиальным разрезом с



экономным иссечением в виде узких полосок нависающих краев раны с ликвидацией внутреннего отверстия, иссечением дна раны и пределах здоровых тканей. В большинстве случаев (56,9% случаев) перианальная кожа ушивалась наглухо до линии Хилтона или же края кожи подшивались ко дну с обеих сторон с оставлением узкой полоски, ширина которой была не более 0,2-0,3 см. При пельвиоректальных парапроктитах операции выполнялись лигатурным методом. Операции при остром парапроктите завершались рассечением или иссечением глубоких воспаленных крипт для исключения развития местных воспалительных осложнений. Для адекватного дренирования параректальных полостей и подавления раневой инфекции тампоны с антибактериальными и антисептическими препаратами. У больных с гнойно-некротическим и анаэробным парапроктитом операции производились в день поступления в клинику в связи с тяжестью их состояния. Широко вскрывались гнойные полости, иссекались нежизнеспособные ткани и адекватно дренировались раны. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, витаминотерапия, тщательный туалет послеоперационной раны.

Таким образом, правильный выбор хирургического метода лечения острого парапроктита ведет к радикальному их излечению без перехода в хронический парапроктит.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Салахидинов С.З., Мусашайхов Х.Т., Касимов А.Л., Икрамова Ф.Д.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) играет существенную роль в развитии рефлюкс-гастрита и рефлюкс-эзофагита, хронического дуоденита, холецистита и панкреатита, в связи с чем ее рассматривают как одну из важных проблем гастроэнтерологии. Моторно-эвакуаторные нарушения двенадцатиперстной кишки (ДПК) при заболеваниях органов гастродуоденальной зоны встречаются в 50–80 % случаев. Они способны выступать как в роли ведущего патогенетического фактора, так и в виде сопутствующих нарушений. Синдром хронической дуоденальной непроходимости — это клинический симптомокомплекс, обусловленный нарушением моторной и эвакуаторной деятельности ДПК различной этиологии (органической или функциональной природы), который приводит к задержке (стазу) ее содержимого. Диагностика ХДН затруднена вследствие многообразия клинических проявлений, вовлечения в патологический процесс окружающих двенадцатиперстную кишку органов (желудок, желчный пузырь, желче **Выводящие** пути, поджелудочная железа, печень и другие), что маскирует клинику самого синдрома ХДН. Клиническая картина ХДН зависит от стадии и причин ее развития, давности заболевания. Основными симптомами в разных сочетаниях являются боли, тошнота, рвота. Больные отмечают склонность к запорам (редко диарея), может быть «шум плеска»



в эпигастральной области после еды, периодически возникает рвота пищей со значительной примесью желчи, которая приносит временное облегчение. Иногда на фоне диспептических явлений возникает симптоматика «дуоденальной мигрени»: внезапные приступообразные односторонние пульсирующие головные боли, вазомоторные расстройства, головокружения, светобоязнь, обильная рвота желчью, диарея. Для диагностики ХДН используют рентгенологическое исследование, фиброгастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, рН-метрию. Рентгенологическое исследование позволяет установить характер механического препятствия, его локализацию, протяженность, стадию синдрома ХДН, нарушение замыкательной функции привратника, наличие и выраженность ДГР. Релаксационная зондовая дуоденография дает возможность проводить дифференциальную диагностику между функциональным и органическим дуоденостазом, изучить рельеф и пневморельеф слизистой оболочки ДПК. Эндоскопический метод позволяет определять двигательные нарушения ДПК, недостаточность пилорического жома, наличие гастроэзофагеального (ГЭР) и/или дуоденогастрального рефлюкса. Изучение биоптатов гастродуоденальной слизистой дает возможность устанавливать характер поражения ДПК и желудка. В медикаментозной терапии первичного и вторичного функциональных синдромов ХДН в компенсированной и субкомпенсированной стадии используют лекарственные средства, восстанавливающие двигательную функцию ДПК и желудка, подавляющие бактериальную инфекцию в ДПК и смежных с ней органах. Наиболее эффективными для нормализации двигательной эвакуаторной функции желудка и ДПК признаны прокинетики, к числу которых относятся блокаторы допаминовых рецепторов и агонисты 5-НТ4-рецепторов. Прокинетики оказывают преимущественно стимулирующее влияние на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта: повышают тонус и сократительную активность желудка и ДПК, улучшают антродуоденальную координацию, ускоряют эвакуацию желудочного содержимого и тонкокишечный транзит. В настоящее время рекомендуется использовать селективный прокинетический препарат II поколения с комбинированным механизмом действия — Праймер (итоприда гидрохлорид), который считается препаратом выбора в лечении больных с моторно-эвакуаторными нарушениями желудка и ДПК. Праймер назначают внутрь по 1 таблетке (50 мг) 3 раза в сутки независимо от приема пищи, суточная доза составляет 150 мг. Также можно назначить пациенту препарат тримебутин, который способен купировать болевой синдром и в какой-то степени восстановить моторику ДПК. Он модулирует высвобождение желудочно-кишечных пептидов, оказывает позитивный эффект как при гипомоторной, так и при гипермоторной дисфункции желчного пузыря. Препарат назначают в дозе 200 мг 3 раза в день за 30 минут до еды в течение 28 дней. Среди миотропных спазмолитиков заслуживает внимания мебеверин гидрохлорид, который в 20–40 раз превышает эффект папаверина. С **Целью** нормализации нарушенной двигательной эвакуаторной функции желудка и ДПК дуспаталин может использоваться в комплексной терапии ХДН. Препарат назначают



по 1 капс. (200 мг) 2 раза в день за 15 мин до еды на протяжении 3–4 недель. Определенную симптоматическую помощь оказывают невсасывающиеся антациды (Сималгель, Альмагель), способные абсорбировать компоненты желчи, попадающие в желудок. Принимают препараты этой группы через 30–40 мин после еды по 1 пакету 3 раза в день и на ночь на протяжении 2–3 недель. Для коррекции процессов нарушенного пищеварения используют полиферментные средства. Панкреатические ферменты (Креон) ускоряют переваривание пищи в ДПК, приводят к снижению внутридуоденального содержимого, вследствие чего облегчается опорожнение желудка, снимается давление в желче

Выводящих и панкреатических протоках. Доза панкреатического фермента подбирается индивидуально. В большинстве случаев для коррекции нарушенного полостного пищеварения в ДПК у пациентов с хроническим дуоденитом, сопровождающимся вторичной недостаточностью поджелудочной железы, достаточно приема 3 капсул Креона 10 000 в сутки во время еды. При тяжелой экзокринной недостаточности поджелудочной железы Креон назначают в минимальной дозе 25 000–40 000 единиц липазы во время еды. С

Целью дренирования ДПК используют лечебные дуоденальные зондирования (4–5 на курс через день) без стимуляторов желчевыделения (можно спровоцировать выраженный болевой синдром). Для стимуляции моторно-эвакуаторной функции ДПК используют физиотерапевтические методы: транскутанную электроимпульсную стимуляцию синусоидальными модулирующими токами низкой частоты; зондовую электростимуляцию моторики ДПК; диадинамические токи; электростимулирующее воздействие на ДПК с помощью специальных электростимуляторов. При соматизированной депрессии основной группой лекарственных средств являются психотропные препараты, антидепрессанты и нейрорептики.

Таким образом, синдром ХДН имеет хроническое прогрессирующее течение и способен выступать в роли ведущего патогенетического фактора в развитии многих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Коррекция моторно-эвакуаторных нарушений ДПК требует системного и тщательного индивидуализированного подхода к лечению. Важным условием для эффективной терапии данной патологии является своевременная диагностика дуоденостаза.

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Икрамова Ф.Д., Мусашайхов Х. Т., Ахмадалиев С. М., Тешабоева М. А.
Андижанский государственный медицинский институт

Геморрой в течение более чем четырех тысячелетий является одним из самых распространенных заболеваний человека. Достаточно сказать, что и геморрой и его осложнения являются причиной более 40% обращений к хирургу или проктологу. Особую



трудность в консервативном лечении геморроя составляют те больные, у которых геморрой сочетается с заболеваниями аноректальной области: криптитом, проктитом, анальной трещиной, парапроктитом, а также с заболеваниями органов малого таза: простатитом, аденомой предстательной железы, циститом, пиелонефритом, аднекситом. Основные симптомы геморроя: кровотечение, боль, отек и выпадение, дискомфорт, зуд, выделения, недержание стула, нарушения опорожнения прямой кишки и функции кишечника дополняются симптомами заболеваний аноректальной области и органов малого таза, что не всегда можно установить при первом осмотре. За последние годы мы изменили тактику лечения больных с геморроем даже при клинически выраженной картине заболевания и не дающей сомнения в постановке диагноза. Проводя лечение этого заболевания мы обследовали больного и во многих случаях находили сочетанные заболевания аноректальной области и сопутствующие заболевания органов малого таза. К препаратам для лечения геморроя добавлялись препараты, устраняющие симптомы сочетанных и сопутствующих заболеваний. В настоящее время традиционная консервативная терапия включает в себя широкое применение антибактериальных препаратов, спазмолитических, анальгезирующих и противовоспалительных средств, витаминов антикоагулянтов, средств, направленных на стимуляцию неспецифической реактивности организма. Придерживаясь гемодинамической теории развития геморроя, мы назначаем препараты, относящиеся к классу ангиопротекторов или капилляропротекторов. Сюда относятся: венодиол, флебодиа, эскузан, троксевазин, троксирутин, рутин, аскорутин. Одним из действенных препаратов при геморрое, осложненном кровотечением, является детралекс. Препарат быстро снимает боль, уменьшает кровотечение, ликвидирует дискомфорт. Однако при тромбозах узлов этот препарат действует медленнее, чем троксевазин, аскорутин в сочетании с антикоагулянтами, физиотерапией. Применение только ангиопротекторов при лечении геморроя с заболеваниями аноректальной области: проктитом, криптитом, анальной трещиной, парапроктитом не приводит к выздоровлению. Нами проведено лечение 37 больных геморроем, сочетающегося с заболеваниями аноректальной области и органов малого таза комбинацией приема ангиопротекторов с **Введением** в анальный отдел прямой кишки суппозиторий с анузолом, ультрапроктом и релифом. Свечи с анузолом применялись у 10 больных, с ультрапроктом у 12 больных, - релифом 15 больных. Кратность введения свечей равнялась с - анузолом 2 раза в день, релифом 2 раза в день, ультрапрокт применялся по 1 свече в день. Нами отмечено при курсе лечения в 10-15 дней исчезновение основных симптомов геморроя: боль, кровотечение, дискомфорт, зуд, отек тканей уже к 3-5 дню лечения, а гиперемия слизистой, выделение слизи прекращались к 7 дню. Эпителизация трещины наступала на 14-15 день по сравнению с 25-30 днями обычного лечения этих заболеваний. Также отмечено, что эти суппозитории обладают выраженными гемостатическими, противовоспалительными, репаративными и болеутоляющими свойствами. Более выраженное действие проявилось при лечении сопутствующих заболеваний: простатита, аденомы предстательной железы и острой



задержки мочи. На фоне разработанной противовоспалительной терапии с применением ангиопротекторов суппозитории " вводились 1 раз в день. Уже на 2-4 день уменьшался отек тканей анального канала, уменьшалась величина геморроидального узла, прекращалось кровотечение, тромб становился более плотным и подвижным, безболезненным - можно безболезненно проводить обследование больного. Мочеиспускание становилось более редким, предстательная железа становилась более мягкой, уменьшалась в объеме. В анализах мочи не обнаруживали белка, отсутствовали лейкоциты. Такой же курс лечения применялся нами при геморрое в сочетании с другими сопутствующими заболеваниями органов малого таза. Сроки лечения этих заболеваний сократились в 2-3 раза. Лечение аднексита заняло 10 дней. **Результаты** лечения подтверждены биохимическими исследованиями крови, мочи, урофлоуметрическими исследованиями, УЗИ органов малого таза, осмотром узких специалистов. Таким образом, успешное консервативное лечение геморроя сопутствующими заболеваниями аноректальной области и органов малого таза нельзя проводить без полноценного обследования больного, даже в случаях выраженной симптоматики. Ангиопротекторы в сочетании с суппозиториями, нормализующими микроциркуляцию и тромбоцитарнососудистый гемостаз существенно сокращают сроки лечения геморроя с сочетанными и сопутствующими заболеваниями аноректальной области и органов малого таза.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ДИФFUЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Мадазимов М.М., Икрамова Ф.Д., Касимов А.Л., Усманов Э.И.
Андижанский государственный медицинский институт

Диффузный токсический зоб одно из наиболее распространенных заболеваний щитовидной железы, имеющих аутоиммунную природу, которое развивается вследствие выработки аутоантител к рецепторам тиреоидстимулирующего гормона гипофиза на мембране тиреоидной клетки. Щитовидная железа представляет собой одно из важнейших звеньев нейроэндокринной системы и оказывает значительное влияние на состояние репродуктивной функции. Не вызывает сомнения, что патологические процессы в щитовидной железе, сопровождающиеся изменением характера продукции тиреоидных гормонов –Т4 и Т3 оказывают влияние на параметры гормонального профиля женщины, что изменяет тонкий баланс нейроэндокринных медиаторов и приводит к развитию нарушений репродуктивной функции различной степени выраженности. Авторы (Krassas G.E. , Pontikdes N., Koltras T. 2014r) отметили, что первое место по структуре нарушений у пациенток с тиреотоксикозом занимала гипоменорея (52%), второе полименорея (32,5%), третья- олигоменорея (11%), четвертое – увеличение объема



менструальной кровопотери по типу гиперменореи (4,5%). Таким образом, в настоящее время частота нарушений менструального цикла у пациенток с тиреотоксикозом лишь в 2,5 раза превосходит соответствующий показатель в популяции, а структура нарушений менструального цикла у данной группы женщин существенно отличается от таковой в традиционном представлении. Очевидно, основной вклад в изменение взглядов на эту проблему внесло внедрение в клиническую и лабораторную практику современных методов исследования концентрации ТТГ и тиреоидных гормонов в плазме крови, позволяющих осуществить раннюю диагностику заболевания, протекающих с синдромом тиреотоксикоза, а также провести дифференциальный диагноз между тиреоидным и нетиреоидным генезом нарушений менструального цикла (Krassas G. E., Poppe K., Redmond G.P2004y).

Цель исследования. Оценить репродуктивную функцию у женщин с диффузным токсическим зобом после субтотальной струмэктомии.

Материалы и методы. Проанализированы **Результаты** 38 женщин в 17-40 лет перенесших субтотальную струмэктомию по поводу ДТЗ. Были использованы следующие методы исследования. клинический осмотр, ЭКГ, консультация гинеколога и других необходимых специалистов. После субтотальной струмэктомии в результате динамического наблюдения уже в раннем послеоперационном периоде признаки тиреотоксикоза значительно уменьшились и это проявилась исчезновением неврозности, тахикардии и потливости. Клиническое улучшение пациенток подтверждалось и результатами радиоиммунных исследований крови, так как уровень концентрации тиреоидных гормонов Т3, Т4 и ТТГ а также пролактина, ФСТ, прогестерона, ЛГ, эстрадиола нормализовались.

Таким образом, репродуктивная функция женщин с диффузным токсическим зобом после субтотальной струмэктомии постепенно восстанавливается и это состояние связано с улучшением гормонального профиля.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Ф.Д. Икрамова, Х.Т.Мусашайхов, Э.А.Василевский, С.М.Мухторов
Андижанский государственный медицинский институт

РЕЗЮМЕ .В настоящее время, в структуре колопроктологической патологии, анальная трещина занимает третье место, уступая по распространенности лишь геморрою и колитам . По данным обращаемости пациентов частота возникновения анальной трещины составляет 20-23 случая на 1000 взрослого населения . Более половины больных находится в трудоспособном возрасте, при этом женщины болеют в 1,5-1,8 раза чаще мужчин Вызываемые трещиной болевые ощущения бывают настолько интенсивными, что больные теряют работоспособность, сон,



Предлагавшиеся в течение многих лет до настоящего времени в качестве монометодов лечения анальной трещины ручная неконтролируемая дивульсия анального сфинктера и простая фиссурэктомия, не отвечают критериям надежного излечения.

Цель работы – определить варианты оптимального хирургического лечения анальных трещин.

Материал и методы. В основу нашего исследования лег анализ лечения 107 больных с хронической трещиной, оперированных в 2010-2015 гг. в проктологическом отделении клиники Андижанского государственного медицинского института, являющегося клинической базой кафедры общей хирургии Среди них было 67(62,6%) женщин и 40 (37,4%) мужчин в возрасте от 18 до 60 лет. Пациенты были обследованы . Тщательно собирался анамнез, проводились лабораторные, пальцевое ректальное исследование и эндоскопические исследования на достационарном этапе.

РЕЗУЛЬТАТЫ Ведущей жалобой у всех 97 (100%) пациентов являлась боль в области анального канала, возникающая во время или сразу после акта дефекации и сохраняющаяся от 20 минут до нескольких часов. На втором месте по частоте, после болевого синдрома, был сфинктероспазм – выявлен у 90 человек (92,8%). Примесь алой крови к каловым массам отмечали 74 пациента (69,1%), причем, в виде полоски на туалетной бумаге или нескольких капель – 16 больных (16,5%), а в виде струйки поверх каловых масс – у 38 (39,2%). У них при эндоскопическом исследовании выявлен сопутствующий геморрой. Трещина на фоне запора (акт дефекации реже чем 1 раз в 3 дня) была у 81 пациента (83,5%), на фоне диареи - у 6 человек (6,2%), и на фоне нормального стула – 10 (10,1%). Итого, сочетание хронической анальной трещины и других проктологических заболеваний выявлено у 45 больных (46,4%), что повлияло на выбор метода оперативного вмешательства. У 72 пациентов (74,2%) размеры трещины колебались в пределах 0,8-1,0 см в d и локализация ее нижнего края была в 1,0 см от аноперианального перехода (выше линии Хилтона). Все эти трещины имели заднюю локализацию (6 часов по условному циферблату). В данном случае использовалась методика V-Y-пластики с низведением трапецевидного лоскута слизистой для укрытия раневого дефекта . V-Y пластика с низведением трапецевидного лоскута слизистой для укрытия раневого дефекта. У 19 пациентов (19,6%) трещина локализовалась дистальнее линии Хилтона (практически на уровне аноперианального перехода), и ее размеры не превышали 0,8 см. У 9 человек (9,3%) трещина располагалась на 12-ти ч. по условному циферблату (все-женщины), а у 10 (10,3%) локализовалась на 6-ти часах. При данной локализации трещина иссекалась двумя эллипсоидными разрезами в поперечном направлении, слизистая мобилизовалась проксимальнее раневого дефекта на 2-2,5 см и ушивалась также в поперечном направлении по типу операции «геми-Уайтхэда». При высоких и больших по диаметру трещинах ($d > 2,0$ см), как правило, локализирующихся на уровне зубчатой линии, операция ограничивалась экономным иссечением краев и кюретажем дна раны с подшиванием ее краев ко дну синтетическим рассасывающимся шовным материалом [] Таких случаев было 2 (2,06%). Перед каждым оперативным



вмешательством производилась обязательная дивульсия анального сфинктера зеркалом. 71 (73%) пациент прооперирован под спинальной анестезией, а у 26 (27%) вмешательство выполнено под местной инфильтрационной анестезией. Операция заканчивалась **Введением** в прямую кишку тампона с бетадином, 3% перекисью водорода и мазью «Офломелид». В послеоперационном периоде всем больным на 1 сутки назначался строгий постельный режим с активизацией пациентов на следующий день. Мазевой тампон из прямой кишки удалялся на 2-е сутки, во время перевязки. Послеоперационное обезболивание включало применение анальгетиков на 2-3 дня. Антибактериальная терапия перорально и парентерально не назначалась. Местное лечение включало в себя туалет анальной области, ежедневные перевязки (Офломелид, Катеджелгель), **Введение** свечей с красавкой и облепихой 2 р/день. По результатам клинического наблюдения установлено, что ситуационное применение одной из оперативных методик в сочетании с медикаментозным лечением (использование трапецевидного лоскута, или полулунного разреза с ушиванием раны по типу операции «геми-Уайтхеда», подшивание краев раны ко дну и перемещение кожно-подкожножирового лоскута) в сочетании с местным медикаментозным лечением (аппликационным нанесением на перианальную область мази «Офломелид») существенно улучшает восстановительный период. Функция сфинктера в послеоперационном периоде – не нарушена (случаев недержания газов и каловых масс не было, как не наблюдалось и явного, пальпаторно определяемого, гипертонуса внутреннего сфинктера). Во всех случаях на 3-и сутки после операции наблюдался самостоятельный полуоформленный стул. При этом у 92 (94,8%) больных после дефекации не потребовалось применения анальгетиков. Всем пациентам на 2-е сутки удаляли тампон и назначалось слабительное (30,0 мл касторового масла на ночь одно-двукратно, а при тенденции к запорам – сироп перисталид- вплоть до выписки и еще в течение 1-1,5 мес. после нее). Ежедневно анальный канал обрабатывали растворами антисептиков (Декасан, ромашка) с последующим пальцевым массажем-бужированием анального канала для предотвращения рубцовых стриктур. После выписки из стационара на контрольный осмотр больные осматривались через 10 дней, 1, 2 месяцев и через 1 год после оперативного вмешательства. У всех явившихся отмечено заживление ран тонким эластичным рубцом. Рецидива заболевания не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ Во всех случаях при сроках существования анальной трещины более 6 недель, отсутствии позитивной клинической динамики при консервативном ее лечении в течение 6-8 недель, наличии (при аноскопии) плотных рубцовых краев, выраженного «сторожевого бугорка» и гипертрофированного фиброзно измененного анального сосочка, трещина должна расцениваться как хроническая и все ее вышеперечисленные элементы должны быть иссечены. При этом считаем нецелесообразным оставление открытой операционной раны в анальном канале в расчете на ее постепенную эпителизацию. Раневая поверхность должна быть, по возможности, закрыта путем ушивания ее краев, низведения лоскута слизистой или перемещения лоскута на



питающей ножке, а в случае ее больших размеров, - уменьшена путем подшивания краев раны ко дну.

КЛИНИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИКА ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА

Илмурадова М.А.

Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность: Пневмония — одна из основных проблем практической неонатологии. Заболеваемость составляет около 1% среди доношенных новорожденных и до 10% среди недоношенных. У младенцев, которые сразу после рождения находились на длительной ИВЛ, распространенность нозокомиальной пневмонии составляет до 40-45%. Воспаление легких рассматривается в качестве основной причины или сопутствующего фактора до 25% летальных исходов в период неонатальности. По данным статистике, младенческая смертность от пневмонии достигает 7,5%.

Цель: изучение особенностей течения пневмонии у детей в возрасте до одного года и своевременное лечение заболевания.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 22 больных пневмонией, находившихся на лечении в отделении ОПН и отделении детской пульмонологии многопрофильной клиники ТМА. Из них 13 мальчиков и 9 девочек, а 9 наших пациентов относятся к группе часто болеющих детей. У 7 наших пациентов заболевание было вызвано TORCH-инфекцией. Стафилококковая инфекция выявлена у 6 больных, стрептококковая инфекция у 4 больных. Всем больным проведены необходимые лабораторные и инструментальные исследования. Больным назначались бета-лактамы антибиотики и макролиды, оксигенотерапия, иммунотерапия и инфузионная терапия в течение 5-10 дней.

Результаты: Мы наблюдали уменьшение симптомов заболевания, более короткую продолжительность заболевания и значительное улучшение состояния наших пациентов, получавших лечение по этому плану. Отмечено уменьшение симптомов бактериального воспаления (лихорадка, кашель с мокротой, хрипы) у наших часто болеющих больных, что достигается комплексным лечением.

Выводы: Таким образом, наши исследования показали, что у детей с инфекциями дыхательных путей, особенно с пневмонией, а также у детей с частыми и хроническими очагами инфекции комплексная схема лечения способствует облегчению течения заболевания, уменьшению симптомов, предупреждению развития заболевания.



ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЬШОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т., Махмудова Б.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт.

Цель исследования. Изучение исходов родов для матери и плода при большой массе тела последнего.

Материал и методы исследования. Для решения данной цели нами проведен анализ материала 7458 истории родов и новорожденных, родившихся в 2019 году в перинатальном центре Андижанской области. Масса тела новорожденных варьировала от 4500 до 6500 граммов. Доля новорожденных с массой тела ≥ 4000 г составила 592 (7,94%), соответственно 382 мальчиков и 210 девочек при их соотношении 1,82:1,0. Для ретроспективного и проспективного анализа данных отобрали 84 новорожденных с большой массой тела, контролем служили данные 80 детей с нормальной массой тела (2800-3999 гр). Были изучены данные объективных исследований рожениц (УЗИ-фетометрия, доплерометрия сосудов маточно-плацентарного кровообращения - МПК и плодово-плацентарного кровообращения - ППК), биофизический профиль плода с учетом анте и интранатальной кардиотокографии (КТГ), данные новорожденных (клинико-неврологическая оценка состояния, антропометрия).

Результаты исследования и их обсуждение.

Нами установлено, что матери новорожденных с большой массой тела и контрольной группы статически не различались по количеству перво – ($29,8 \pm 4,99\%$ против $28,8 \pm 5,1\%$ контрольного, $P > 0,05$) и повторнородящих ($70,2 \pm 4,99\%$ и $71,2 \pm 5,1\%$, $P > 0,05$). При этом среднее количество родов в обеих группах рожениц ($2,34 \pm 0,009$ и $2,58 \pm 0,008$, $P > 0,05$) также статистически не различались.

По среднему возрасту ($25,8 \pm 0,04$ и $25,1 \pm 0,39$ лет), обе группы рожениц также были сопоставимыми ($P > 0,05$).

Роженицы основной группы, по сравнению с контрольной, имели большой срок беременности ($39,9 \pm 0,15$ против $39,4 \pm 0,11$ нед, $P < 0,01$), масса ($73,9 \pm 0,87$ против $65,0 \pm 1,14$ кг, $P < 0,001$), длина тела ($16,9 \pm 0,80$ против $157,9 \pm 1,17$ см, $P < 0,001$), индекс Кетле ($27,2 \pm 0,31$ против $26,0 \pm 0,04$ усл. ед, $P < 0,001$).

Результаты анализа течения родов выявили значительную его отягощенность у рожениц основной группы. Так, у них часто выявляются дородовое или раннее излитие околоплодных вод (27,4% против 15,0% контрольного, $P < 0,025$), повреждения мягких тканей промежности ($22,6 \pm$ против 5,0%, $P < 0,001$), дистоция плечиков (13,4% против 3,75, $P < 0,013$), отслойку нормально расположенной плаценты (25,0% против 10,0%, $P < 0,001$), высокая частота признаков преэклампсии (66,7% против 45,0% , $P < 0,002$), фоновых и экстрагенитальных заболеваний (72,8% против 60,0%, $P < 0,002$), анатомического и функционального узкого таза (10,7% против 2,5%, $P < 0,015$), что явилось показанием к проведению эпизио- и перинеотомии (14,3% против 3,75%, $P < 0,006$), акушерских щипцов



и вакуум экстракции (7,14% против 2,5%, $P > 0,05$), планового и экстренного кесарево сечения (22,6% против 8,75%, $P < 0,006$).

Неблагоприятным исходом родов также явилась высокая частота гипоксии плода (34,5% против 22,5%, $P < 0,043$) и асфиксии новорожденных (45,2% против 30,0%, $P < 0,021$).

Таким образом, состояние здоровья и течение родов у рожениц с крупным плодом значительно отягощены, в связи с концентрацией пре- и перинатальных факторов риска, способствующих высокой травматизации матери и плода. Эти данные требуют углубленного изучения здоровья новорожденных, родившихся с большой массой тела в проспективном плане.

АНАЛИЗ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Иниятиллаева С.А.

Студентка 520 группы лечебного факультета

Самаркандский Государственный медицинский университет, Узбекистан

Научный руководитель: PhD Давранова А.Э.

Актуальность. Неблагоприятный исход медицинской помощи как наиболее частая причина обращения пациента (либо его родственников) с жалобой в правоохранительные органы может наблюдаться вследствие ятрогении, несчастных случаев в медицинской практике, врачебной ошибки и противоправных действий врача.

Цель работы. Анализ характера дефектов оказания хирургической помощи по материалам судебно-медицинской экспертизы.

Материал и методы. Проанализированы 36 комиссионных судебно-медицинских экспертиз Самаркандского областного бюро СМЭ за 2016 год. Проводились комиссионные судебно-медицинские экспертизы (в отношении хирургов, травматологов, ЛОР, урологов и окулистов).

Результаты исследования. Из 36 заключений в 14 (38,9%) случаях проводились в отношении медицинских работников хирургического профиля.

Распределение экспертиз по характеру дефектов оказания медицинской помощи в соответствии со специальностями оказалось следующим: лидирующее место занимают врачи-хирурги 8 (57,1%) случаев, второе место занимают травматологи и ЛОР-врачи по 2 (14,3%) случая, окулистов-1 (7,2%) и урологов-1 (7,2%).

Основу дефектов оказания медицинской помощи (ДОМП) составляют их характер и причина возникновения, также в процессе анализа особое внимание уделялось местам допущения ДОМП и их влиянию на исход.

По полученным данным дефекты диагностики выявлены в 9 случаях (64,3%) которые проявлялись в следующем: нераспознавание основной патологии-5 случаев (37,5%); нераспознавание важной сопутствующей патологии и ее осложнения-2 случая (14,3%);



нераспознанное осложнение основной патологии-1случай (7,1%); поздняя диагностика 1 случай (7,1%). Дефекты лечения выявлены в 5 случаях (35,7%), которые выражались в дефектах хирургического лечения-2 случая (40%), а также поздняя госпитализация, ошибки при назначении и проведении медицинских процедур, неправильное применение лекарственных средств по 1случаю (7,1%).

При анализе причин возникновения выявлено, что в большинстве случаев-12 (85,7%) ДОМП допущены из-за субъективных причин, в частности, они выражаются в неполноценном обследовании больного-9 случаев (75%), недостаточной квалификации медицинского персонала-2 случая (16,7%) и невнимательном отношении к больному-1 случай (8,3%). Также отмечены объективные причины в виде позднего обращения за медицинской помощью и в виде недостатков при организации лечебно-диагностического процесса-по 1 случаю (7,1%).

По месту допущения дефекты выявлены в основном в учреждениях госпитального этапа- 13 случаев (92,9%); из них в ЦРБ-7 случаев (50%), в областных и городских больницах по 3случая (23,1%). Также в 1 случае (7,1%) дефект был допущен на дому бригадой скорой мед. помощи.

По исходу ДОМП отмечено, что в 10 случаях (71,4%) они непосредственно способствовали наступлению смерти, в 3 случаях (21,4%) привели к удлинению срока лечения и в 1 случае (7,1%)- наступлению инвалидности.

Вывод. Таким образом среди специалистов хирургического профиля наиболее часто дефекты допускались врачами-хирургами в учреждениях госпитального этапа (ЦРБ и д.р) лечебного и диагностического характера и в исходе способствовали наступлению смерти.

РАЗВИТИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН, СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Иргашев Ш.Б., Файзиева Н.Н.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Здоровье - является неотъемлемой частью жизни человека. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) здоровье определено как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, когда органы и системы организма человека уравновешены с окружающей производственной и социальной средой, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Состояние здоровья человека определяется функцией его физиологических систем и органов с учетом полового, возрастного и психологического факторов, а также воздействия внешней среды.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Одной из проблем XXI века является неуклонный рост заболеваемости и ранней смертности населения мира от неинфекционных заболеваний, развитию которых способствуют такие факторы как неправильный или не здоровый образ жизни, экологическое бедствие и не достаток микронутриентов в пище и плохая вода. Государством за последние несколько лет изданы ряд нормативно-правовых актов, касающихся деятельности государственных структур и системы здравоохранения по формированию здорового образа жизни среди населения. Посредством реализации данных государственных программ были достигнуты некоторые улучшения в здоровье населения республики, но удельный вес НИЗ среди заболеваемости все еще остается высоким и имеет тенденцию к росту.

В стране за последние 6 лет последовательно реализуются реформы в области здравоохранения с

Целью улучшения качества жизни человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций. Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте имеет важное значение для создания процветающего общества, как одного из условий формирования и развития человеческого капитала.

Учитывая эпидемиологический характер неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан, а также необходимость научных изыскания по разработке эффективных механизмов профилактики ранней заболеваемости и смертности населения болезнями, обусловленными образом жизни, на базе кафедры "Валеология" при ЦРПКМР разрабатываются механизмы воздействия на количество и качество здоровья населения, методологические рекомендации по повышению медицинской культуры населения и формированию здорового образа жизни среди них. Однако, данные разработки внедряются в практику фрагментарно и требуют более обширного внимания со стороны государственных и международных организаций. Решению данной проблематики помогло бы своевременной, эффективной, безопасной разработке и реализации проектов в сфере охраны здоровья населения, повышению медицинской культуры и биоэтики, что в последующем послужило бы основой национальной модели профилактики социально значимых болезней в Узбекистане.

Предложения в рамках разработки стратегии "Здоровая Нация" по формированию здорового образа жизни и правильного питания, повышению физической активности населения в Республике Узбекистан включает в себя следующие аспекты:

Создание концепции "Здоровая Нация", направленной на управление качеством жизни и улучшение благосостояния здоровья населения в Республике Узбекистан. На примере развитых стран, создать "Национальный центр здоровья" научно-методическое, координационное, исследовательское подразделение (институт) при Кабинете Министров РУз.

Для реализации представленной национальной программы "Здоровая Нация" необходимо создать систему оценки показателей общественного здравоохранения. С этой **Целью** необходимо создать и внедрить в практику единый индивидуальный



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



электронный паспорт (медицинскую карту) всех лиц без регистрации и прописки Республики Узбекистан.

Усиление роли средств массовой информации. Организация Платформы Здоровья с **Целью** своевременного, доступного, безопасного и эффективного обмена информацией по ФЗОЖ с населением и целевыми группами (молодая семья, беременность, грудной ребенок, детство, подростковый период, молодежь, зрелый возраст, средний, пожилой (старый) возрастные периоды.

Создание рабочей программы "Здоровая Среда" на основе научно-практического опыта зарубежных стран, имеющих высокий уровень показателей здоровья населения

Формирование здорового образа жизни путём развития превентивной медицины в масштабах страны, включение в учебный план все учебных заведений, независимо от направления, предмет Валеология, с утверждением зачетных часов, достаточных для освоения специальности.

Введение всеобщей акции "Здоровый образ жизни без табакакурения". Принять эффективные меры по сокращению потребления табачных изделий среди населения, особенно рассасывающегося табачного изделия (нос).

Концепция включает в себя три основные направления действий:

уменьшение бремени ХНИЗ в масштабах страны и каждого отдельно взятого региона страны (комплексный подход с участием всех секторов, включая государственные ведомства и министерства: Законодательная палата Олий Мажлиса, здравоохранение, финансы, образование, спорта, сельское хозяйство, планирование и другие, государственный центр санитарного благополучия населения, государственный налоговый комитет, а также негосударственные сектора: ННО, общественные фонды, международные организации);

национальные программы профилактики и управления уровнем ХНИЗ с доказанной затратной эффективностью деятельности на примере ведущих международных практик (WHO, UN, UNICEF, UNDP, GIZ) с учётом местных особенностей и факторов риска (поведенческие, генетические, экологические и медико-социальные);

разработка национальных индикаторов оценки качества, выполнение пунктов государственной стратегии, обеспечение оперативного контроля и управление эффективностью проводимых мер. Мониторинг проводится ежедневно, ежемесячно и кварталом с надлежущим уполномоченным органом.



СУЩНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГАЙМОРИТА

Исакжонов М.Ш., Усманова Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хронический гайморит (Chronic sinusitis) — это воспалительный процесс в верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, который длится не менее 12 недель. Проявляется заложенностью носа, насморком, болью в верхней челюсти, снижением или потерей обоняния.

Результаты многочисленных исследований показывают, что в детском возрасте заболеваниями носа и околоносовых пазух страдает от 20 до 40 % детей, а в зрелом возрасте аналогичной патологией болеет 10 - 15 % населения.

При этом воспалительные заболевания слизистой оболочки носа и околоносовых пазух устойчиво занимают высокий удельный вес среди всех заболеваний ЛОР-органов, а в общей структуре стационарных больных находятся на первом месте, составляя до 30 - 45 % всех госпитализированных больных.

Только в США ежегодно отмечается 20 миллионов случаев острого бактериального риносинусита, который в целом наносит огромный финансовый урон обществу. При этом верхнечелюстная пазуха поражается наиболее часто.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и лечения больных хроническим гнойным гайморитом.

Материалы и методы исследования. Основу работы составили **Результаты** комплексного обследования 70 больного хроническими воспалительными заболеваниями околоносовых пазух в возрасте от 18 до 65 лет.

Результаты исследования. При первичном обследовании выявляли основные жалобы больных (на периодическую или постоянную заложенность носа, выделения из носа, чувство тяжести в подглазничных областях, головную боль, усиливающуюся при наклонах, слезотечение и другие), время появления жалоб и их динамику, общую длительность заболевания (обострения хронического заболевания). Уточнялся анамнез заболевания, аллергологический анамнез.

Аэродинамические свойства соустьев верхнечелюстной пазухи в наибольшей степени нарушаются при полипозных и гнойно-полипозных формах гайморита, в меньшей степени - при гнойных формах.

Разработаны и внедрены в практику новые эффективные методы исследования вентиляционной, дренажной и бароаккомодационной функции соустья околоносовой пазухи.

Результаты исследования аэродинамических функций верхнечелюстной пазухи позволили разработать диагностический и лечебный алгоритм при проведении хирургического лечения различных форм хронических гайморитов, а также новые методы



ведения больных в послеоперационном периоде, что в значительной степени позволяет уменьшить объем оперативного вмешательства и сократить сроки лечения и реабилитации больных хроническим гайморитом.

Вывод. Многие исследователи отмечают и устойчивую тенденцию к рецидивированию острого процесса и переходу острых экссудативных форм в хронические гнойные и полипозные процессы.

Между тем, несмотря на успехи современной ринологии до настоящего времени не получили широкое развитие простые и доступные для клинической практики методы диагностики и лечения.

Современные ринохирургические тенденции направлены на развитие минимально-инвазивных вмешательств, а также на оптимизацию послеоперационного периода.

МЕРЫ ПО ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГАЙМОРИТА

Исакжонов М.Ш., Усманова Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Проблемы диагностики и лечения хронического гнойного гайморита являются распространенной патологией, постоянно привлекающей внимание отоларингологов из-за поздней диагностики этих заболеваний и результатов неудовлетворительного лечения.

Среди общего числа хронических гнойных воспалительных процессов гайморита одонтогенный синусит составляет от 7,2 до 63,0%. Такой широкий разброс данных объясняется госпитализацией пациентов с выраженным стоматогенным анамнезом в стоматологические стационары и недиагностированием ХГ в ЛОР-клиниках.

В статье освещается тот факт, что заболеваемость хроническим гнойным гайморитом высока у людей наиболее трудоспособного возраста - (от 20 до 40 лет), что объясняется тем, что эта область находится в активном контакте с воспалительным процессом, и другая информация.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и лечения больных хроническим гнойным гайморитом.

Материалы и методы исследования. Основу работы составили

Результаты комплексного обследования 70 больного хроническими воспалительными заболеваниями околоносовых пазух в возрасте от 18 до 65 лет.

Результаты исследования. **Результаты** исследования аэродинамических функций верхнечелюстной пазухи позволили разработать диагностический и лечебный алгоритм при проведении хирургического лечения различных форм хронических гайморитов, а также новые методы ведения больных в послеоперационном периоде, что



в значительной степени позволяет уменьшить объем оперативного вмешательства и сократить сроки лечения и реабилитации больных хроническим гайморитом.

Интраоперационное определение вентиляционной функции соустья верхнечелюстной пазухи позволяет определять объем оперативного вмешательства на пазухе и контролировать эффективность оперативного восстановления вентиляционной функции соустья оперированной пазухи.

Последовательное, поэтапное наложение двух отверстий на передней стенке верхнечелюстной пазухи при микромаксиллотомии, размеры которых соответствуют диаметрам эндоскопа и манипулирующего инструментария, уменьшает операционную травматизацию челюстно-лицевой области на стороне оперированной пазухи.

Регулярное промывание оперированной гайморовой пазухи изотоническим раствором через временно установленную полихлорвиниловую трубку в течение двух дней способствует своевременному удалению кровяных сгустков, фибринозно-гнойного субстрата и сокращает количество бактериальных колоний в шесть раз по сравнению с больными, которым оно не производилось и сокращению сроков лечения.

Разработаны и внедрены в практику новые эффективные методы исследования вентиляционной, дренажной и бароаккомодационной функции соустья околоносовой пазухи.

Вывод. Практическая значимость проведенных исследований заключается в том, что реализация их результатов позволяет повысить эффективность диагностики и лечения больных хроническим воспалительным заболеванием слизистой оболочки верхнечелюстных пазух.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ПРЕДРАКОВЫХ И РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ.

Исакова Д.Б.

Андижанский государственный медицинский институт.

Введения. В структуре онкологической заболеваемости репродуктивной системы женщин Республики Узбекистан рак шейки матки занимает 2 место после рака молочной железы. Среди всей онкопатологии рак шейки матки в Узбекистане занимает пятое место и составляет 13% (Наврузов С. Н. и др., 2002). Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований (ЗН) в РУз также продолжает оставаться одной из глобальных проблем в настоящей действительности. Ежегодный темп прироста злокачественных новообразований составляет около 2%, что превышает на 0,3-0,5% рост численности населения мира. По данным Госкомстата РУз заболеваемость ЗН в 2016г. составила 4,6 на 100 000 населения, рак шейки матки занимает третье место (4,6/2,5)



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



после рака молочной железы и желудка (Мамадалиева Я.С. 2011, Алимухаммедова Г.2019).

Цель. Разработать алгоритм скрининга рака шейки матки, применимый и эффективный в условиях Узбекистана.

Материал и методы. Изучена эффективность первичного скрининга, чувствительность и специфичность ВПЧ тестирования и цитологического исследования методом Папаниколау в аспекте развития РШМ. Определена информативность определения экспрессии P16INK4A эпителиоцитами ШМ в аспекте риска РШМ у женщин 25-65 лет с фоновыми процессами и цитологическими подтвержденными дисплазиями. Использована сывороточной концентрации SCC в процессе выработки тактики ведения женщин с патологией эпителия ШМ. Также возможность использования экспресс-теста CIN-DIAG в рамках скрининга РШМ на модели Андижанской области Узбекистана. Разработать алгоритм скрининга РШМ и оценить его эффективность на модели Андижанской области Узбекистана.

Результаты. Разработан алгоритм определения когорты женщин возраста 25-65 лет, которым показана срочная кольпоскопия в связи с высоким риском метаплазии эпителия ШМ. Тактика ведения женщин с высоким риском РШМ основана на результатах кольпоскопии и может включать наблюдения, местное лечение, включая фотодинамическую терапию, эксцизию эпителиального очага, конизацию, выскабливание цервикального канала, выскабливание полости матки и надвлагалищную гистерэктомию. Следующим шагом в создании алгоритма было выделение среди женщин с высоким риском эпителиальной метаплазии лиц с высоким риском РШМ, которым при возможности выбора альтернативных методов лечения рекомендуется более агрессивный подход (конизация вместо эксцизии, выскабливание полости матки, гистерэктомия вместо конизации). С этой **Целью** была изучена возможность определения экспрессии эпителиальными клетками ШМ белка P16INK4A. Этот белок, регулирующий митотическую активность, выделяется всеми эпителиальными опухолями. Выявление белка в материале, содержащем цервикальную слизь свидетельствует о высоком риске РШМ.

Выводы. Выявлена низкая чувствительность цитологического исследования в аспекте выявления метапластических изменений эпителия шейки матки (сравнение с кольпоскопическим диагнозом, $p < 0,001$). Чувствительность ВПЧ в качестве скрининга HSIL составляет 98,48%, РШМ – 100%, специфичность – 77,63% и 76,28%, соответственно. Чувствительность цитологического PAP исследования в качестве скрининга HSIL составляет 43,65%, РШМ – 28,57%, специфичность – 99,97% и 100%, диагностическая значимость – 98,94% и 99,95%, соответственно. Таким образом у женщин 25-65 лет патология эпителия шейки матки выявляется 12,92%, в том числе ASCUS – 6,37%, LSIL – 4,65%, HSIL – 1,84%, карцинома – 0,07% (данные кольпоскопии). ВПЧ методом ПЦР в слизистой шейки матки в процессе скрининга выявляется у 23,77% женщин. Частота инфицирования снижается с увеличением возраста обследуемых. Чувствительность ВПЧ в



качестве скрининга HSIL составляет 98,48%, РШМ – 100%, специфичность – 77,63% и 76,28%, диагностическая значимость – 78,01% и 76,30%, соответственно. Первичный цитологический скрининг выявил патологию эпителия ШМ у 10,24% женщин без значимых возрастных различий. Комбинация положительного ВПЧ и цитологического исследования в качестве маркера риска не увеличивает диагностическую ценность первичного скрининга, основанного на использовании методов изолированно (чувствительность в качестве скрининга HSIL 21,83%, РШМ – 28,57%, специфичность – 99,99% и 100%, диагностическая значимость – 94,44% и 94,06%, соответственно).

СОПОСТАВЛЕНИЕ ТАКСОНОМИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЧЕЛОВЕКА.

Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Хакимова И.Т.
Андижанский Государственный медицинский институт

Изучение основных таксономических признаков возбудителей в динамике при инфекционно-воспалительных заболеваниях человека, проведение мониторинга высеваемости условно-патогенных микроорганизмов является актуальным, так как большое количество условно-патогенных микроорганизмов могут приобретать патогенные свойства при воздействии неблагоприятных условий

Нами были изучены 1026 проб мочи женщин больных ИМП, в возрасте от 18 до 49 лет, из них 27,1% (278 проб) составили острые и хронические циститы. Они распределялись следующим образом: 69,8% (194) острые циститы и 30,2% (84проб) хронические циститы.

Нами было установлено, что из 278 проб мочи больных женщин ОЦ и ХЦ *E.coli* были высеяны у 2/3 обследованных(73,9%). В связи с тем, что *E.coli* выделялись чаще всего, то специальные микробиологические исследования проводили со штаммами именно этих микроорганизмов.

При проведенных исследованиях было установлено, что общая гемагглютинирующая активность штаммов *E.coli*, выделенных из мочи больных с ХЦ выявлено в 85,7% случаев (12 из 14 штаммов). Этот показатель достоверно превосходил данные штаммов, выделенных из мочи больных с ОЦ (8 из 15 штаммов-53,3%) и изолированных из фекалий здоровых женщин (5 из 21 штамма-23,8%). Полученное соответственно 1,6 и 3,6 кратное превосходство общей гемагглютинирующей активности культур *E.coli*, полученные от больных женщин с ХЦ указывает на усиление патогенности этих изолированных штаммов по сравнению с другими сравниваемыми группами. Кроме того, выявлены достоверные различия в количестве штаммов *E.coli*, выделенных из мочи больных и фекалий здоровых женщин, имеющих только маннозорезистентные гемагглютинины, а также сочетание маннозоре-зистентных и маннозочувствительных гемагглютининов.



Полученные в ходе бактериологических исследований **Результаты** имеют большое значение в диагностике, прогнозировании исходов, а также оценке возникновения и течения ИМП у женщин, обусловленной кишечной палочкой. Штаммы E.coli выделенные из мочи больных ОЦ и ХЦ проявляли вариабельность по следующим таксономическим признакам: ферментация маннита, ферментация сахарозы, ферментация арабинозы, ферментация цитрата натрия с глюкозой, а также по образованию индола, гемолизина, антигенными свойствами.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН АДГЕЗИВНОЙ АКТИВНОСТИ МОЧИ И СЫВОРОТКИ КРОВИ

Сатликов Р.К., Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Мамадиев Х.Г., Дадаханова Р.А.

Андижанский Государственный медицинский институт
Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Установлено, что чем выше антиадгезивные свойства гуморальных субстратов на поверхности слизистых оболочек, тем выше резистентность организма. Определение антиадгезивной активности сыворотки крови позволяет оценить состояние резистентности к конкретному микробу.

Учитывая вышеизложенное, **Целью** исследования было изучение способа определения антиадгезивной активности мочи и сыворотки у здоровых и больных с неосложненными инфекциями мочевых путей женщин фертильного возраста.

Для проведения исследований были использованы идентифицированные бактериологические методами до вида коллекционные и госпитальные штаммы (тест-микробы) микроорганизмов.

Предлагаемый нами метод основан на изменении адгезивной активности тест-микробов под влиянием мочи, полученный от исследуемых женщин. Для этого предварительно подбирали штаммы микроорганизмов с высокой адгезивностью и готовили объект адгезии (эритроциты человека o(I) Rh+). Систему – объект адгезии, тест – штаммы и исследуемую мочу готовили одновременно. В контроле мочу заменили 0,9% раствором NaCl, определяли среднюю степень адгезии по Брилису В.И. (1986).

Результаты выражали в виде показателя «антиадгезивной активности мочи» (ПААМ):

$ПААМ = 1 - N_0 / N_k$, где,

N_0 – средний показатель адгезии в опыте;

N_k – средний показатель адгезии в контроле.

Всего нами были обследованы 197 здоровых и больных женщин. Изучение адгезивных свойств проводили на 82 штаммах E.coli, 43 штаммах P.aeruginosa и 39 штаммах Proteus sp (P.vulgaris и P. mirabilis).



Наиболее высокий показатель антиадгезивной активности мочи выявлен у здоровых женщин ($0,96 \pm 0,02$ ед), самый низкий в группе больных с хроническими неосложненными инфекциями мочевых путей ($0,22 \pm 0,01$ ед), а у больных с острыми неосложненными инфекциями мочевых путей антиадгезивная активность мочи была в пределах $0,71 \pm 0,02$ ед.

Полученные данные свидетельствуют о том, что степень бактериальной колонизации и характер течения патологического процесса могут зависеть не только от выраженности адгезии у уропатогенного микроорганизма, но и от антиадгезивного эффекта секретов или неспецифических факторов защиты, омывающих слизистые оболочки моче **Выводящих** путей.

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ЦИСТИТОВ У ЖЕНЩИН.

Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Ахмедова Д.К.

Андижанский Государственный медицинский институт

Все большее распространение инфекции мочевых путей обуславливает их **Актуальность**. Ведущее место среди них занимают циститы. Значение циститов обусловлено не только экономическими и медицинскими, но и социальными факторами.

Цель исследования-оценка изменчивости некоторых биологических свойств микроорганизмов, выделенных из мочи больных женщин фертильного возраста с острыми циститами.

Было обследовано 194 проб мочи у женщин фертильного возраста с острыми циститами. После идентификации культур для дальнейших углубленных исследований *in vitro* использовано 15 штаммов *E.coli* от женщин с острыми циститами мочевого происхождения при $\geq 10^5$ КОЕ/мл в моче. Для сравнения таксономических признаков использовали 21 штамм *E.coli* идентифицированных из фекалий здоровых женщин сопоставимого возраста.

Основным этиологическим фактором при остром цистите были выявлены *E.coli* 73,9%, поэтому дальнейшим исследованиям подвергались штаммы именно этого возбудителя.

У обследованных количество штаммов *E.coli* в моче, характеризующих общую гемагглютинирующую активность, было выделено 8 из 15 штаммов (53,3%). Из фекалий здоровых женщин 5 из 21 штамма (23,8% $p < 0,05$).

Это свидетельствует о не высокой патогенности данного штамма по сравнению с другими.

Кроме того, выявлены достоверные различия в количестве штаммов *E.coli*, выделенных из мочи больных и фекалий здоровых женщин, имеющих только



маннозорезистентные гемагглютинины, а также сочетание маннозо-резистентных и маннозочувствительных гемагглютининов. Сравнение выявляемости только маннозочувствительных гемагглютининов показало, что по их наличию между штаммами E.coli, изолированных из мочи больных острыми циститами и из фекалий здоровых женщин, достоверных отличий в процентном отношении не отмечалось.

Полученные данные имеют большое значение в диагностике и прогнозировании течения острого цистита у женщин фертильного возраста, обусловленной E.coli.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В СКРИНИНГЕ ОПУХОЛЕЙ ГЛАЗА И ОРБИТЫ

Исламов З.С., Икрамов А.Ф., Умарова Б.З
ТашПМИ. Анд.ГосМИ

Ультразвуковая диагностика занимает важное место в скрининге опухолей глаза и орбиты. Она является одним из наиболее информативным и неинвазивным методом исследования глаз.

Цель исследования: изучить информативность комплексных ультразвуковых исследований в диагностике опухолей глаза.

Материал и методы. Проведено комплексное ультразвуковое исследование 34 пациентам с различными образованиями глаза и орбиты в возрасте от 7 месяцев до 76 лет, среди них 11 мужчин и 23 женщины. Исследования выполняли на ультразвуковом сканере VOLUSON-730 с использованием линейного датчика 5-12 МГц специализированным для 3D и 4D исследований, в триплексном режиме. Сканирование проводили транспальпебрально в положении больного лежа на спине при закрытых глазах. Датчик устанавливался перпендикулярно на кожу верхнего века через толстую гелевую «подушку». Этапы комплексного ультразвукового исследования включали В-режим (с использованием современных технологий оптимизации серошкального изображения Sono CT, X Res), цветное доплеровское картирование, импульсно-волновая доплерография, а также применение новых технологий трехмерного (пространственного) анализа структуры тканей.

Результаты исследования. Проведенные нами исследование на аппаратах экспертного класса выявило опухоли размером от 0,5 мм до 3 мм (16%), которые ранее не были диагностированы. В остальных случаях обнаруженные опухоли измерены с точностью до 0,1 мм. На серошкальных сонограммах Рб может иметь некоторые признаки, таких как отслойка сетчатки, опухоли с неоднородной структурой, бугристыми и причудливыми контурами, наличием кальцинатов, которые могут иметь место и при других внутриглазных патологиях. Исследование обычными ультразвуковыми методами (В-метод) не всегда позволяет дифференцировать Рб от фиброза стекловидного тела,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ангиоматоза, ретинита Коатса, особенно при нарушении прозрачности оптических сред глаза. Все это может привести к диагностической ошибке.

Основными задачами комплексного УЗД является не только выявление органной принадлежности, но и тщательной оценки состояния кровообращения, как в самом глазном яблоке, так и опухоли. Проведение цветного доплеровского картирования позволило диагностировать ретинобластому даже в образованиях размером 3 мм и меньше. Исследование ангиоархитектоники в толще опухоли и объемное изображение его в 3D режиме сыграло решающую роль в постановке диагноза. Новообразованная сосудистая сеть различной выраженности в зависимости от размеров опухоли обнаружена почти у всех больных (98%). Выявление неоваскулярной сети достоверно подтверждало факт наличия опухоли и явилось важным дифференциально-диагностическим признаком в распознавании Рб от псевдотумора.

Анализ проведенных исследований показывает, что доплеровские показатели скорости кровотока во всех сосудах глаза динамично меняются в сторону увеличения в зависимости от размеров новообразования. Особенно они заметны в ЦАС: при достижении размеров ретинобластомы 10 мм и более Vps по сравнению с образованием 5 мм увеличивается почти в три раза. Согласно нашим наблюдениям увеличение скорости кровотока в ЦАС является одним из важных диагностических признаков ретинобластомы, что не наблюдается при ретините Коатса, отслойке сетчатки, фиброзе стекловидного тела.

Исследования показали, что комплексное импульсно-волновое энергетическое доплеровское исследование дополняет данные серошкальной эхографии важнейшими информацией о состоянии капиллярного кровотока в опухоли и тканях окружающих глаз. При небольших размерах ретинобластом (до 5мм) уже наблюдается цветные паттерны в зоне поражения. Этот симптом не наблюдается при «отрыве» ретинобластомы от исходной локализации. Вместе с этим при ЦДК отмечается картина усиления венозного застоя и она выражена значительно по увеличению размеров опухоли. Изучение состояния сосудов при ЦДК позволяет выявить Рб в более ранних стадиях и дифференцировать её от других заболеваний, что позволяет предупредить развитие таких грозных осложнений как развитие слепоты, вторичной глаукомы.

Новые перспективные возможности открываются благодаря внедрению 3D/4D технологий в ультразвуковой офтальмографии. Проведенные нами исследования в этом направлении, показали возможность быстрого (в течение 30 секунд – 1 мин) получения объемного изображения ретинобластомы, что дало возможность пространственного наблюдения новообразования, его ангиоархитектоники. Выделение мультислайсных томограмм из объема 3D/4D эхоофтальмографии способствовало получать послойные срезы глаза толщиной до 1мм, что позволило детальному изучению синтопии опухоли и осуществлять дифференциальную диагностику от других заболеваний глаза.

Построение объемного изображения опухоли с помощью 3D/4D технологий в ротационном режиме с анализом мультислайсных томограмм позволяет уточнить стадию



развития ретинобластомы и играет решающую роль в дифференциальной диагностике от псевдотумора. Наши исследования показали, что даже при стадии T1 опухоль выявляется в пределах сетчатки (36 наблюдений-16%), в виде одного или нескольких плотных узлов отличающихся от окружающих тканей. В стадии T2 (50 наблюдений – 22,4%) и T3(101 наблюдений – 45%) в режиме 3D во время ротации, Рб отчетливо видна в виде солидного, чаще всего овальной формы с неровной и бугристой поверхностью образования в полости глаза. В 36 глазах (16%) в стадии T3.распадающаяся опухоль образовала отсев масс в стекловидном теле, на сонограммах это видно в виде грубой деструкции с плавающими хлопьевидными полуфиксированными помутнениями. Это состояние очень часто путают гемофтальмом.

При распространении опухоли за пределы глазного яблока на УЗ сонограммах отмечено увеличение размеров и отсутствие задней стенки глаза, заполнение опухолевой тканью полости орбиты в вплоть до полного её заполнения. Изучение ангиоархитектоники показало крупный ветвящийся сосуд опухоли с активным кровотоком.

Применение серошкальной трехмерной реконструкции с определением рельефа и формы опухоли способствовала определению его отношения к структурам глаза и орбиты. Использование трехмерной цветовой реконструкции сосудов выявило особенности ангиоархитектоники опухоли и его питающего сосуда. Изучение состояния гемодинамики в магистральных сосудах глаза при ретинобластоме определило прямую зависимость скорости кровотока в ЦАС и АО, от размеров образования.

Таким образом, комплексная УЗ диагностика с применением вышеуказанных методов играют значительную роль в диагностике Рб.

При исследовании ребенка с ретинобластомой важно определять объемные характеристики новообразования и сосудистую архитектуру. Для достижения этих целей использована технология трех-мерной реконструкции, которая позволяет изучать тонкие структуры рельефа глазных структур, форму и размеры образования. Она дополняется энергетическим доплеровским режимом, который позволяет изучать по трехмерной реконструкции ход и взаимоотношение сосудов глаза и новообразования.

МЕТОДЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Исламов Ф.Р., Исламов Р.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Патологическая деформация внутренней сонной артерии является второй по частоте причиной развития симптомов сосудисто-мозговой недостаточности.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



По данным цветового дуплексного сканирования ПД ВСА встречается у 12-67,6% больных с клиникой цереброваскулярной недостаточности.

Исходя из актуальности и научно-практической значимости рассматриваемой проблемы для современной ангиохирургии и лучевой диагностики, нами были сформулированы и поставлены следующие **Цель и задачи.**

Цель исследования. Усовершенствовать критерии комплексного ультразвукового исследования сонных артерий у больных с патологической деформацией внутренней сонной артерии для выработки показаний к хирургическому лечению.

Материалы и методы исследования. В основу настоящей работы положены **Результаты** ультразвуковых исследований 50 пациентов с патологической деформацией внутренней сонной артерии.

Ультразвуковых исследований включало в себя: доплерография сонной артерия, УЗДГ будет исследован в клинике АГМИ на ультразвуковых аппаратах VIVID-600.

Результаты исследования. Полученные **Результаты** УЗАС показывают, что патологические извитости экстракраниальной части ВСА имеют частое расположение в её средних отделах - у 37 обследуемых (84,1%). Встречаются они примерно с одинаковой частотой слева и справа. Кинкинг является наиболее распространенной формой патологической извитости - более половины всех случаев (65,9%). Ухудшению гемодинамической картины могут способствовать стенозы ВСА, которые выявлены в 34% случаев. Чаще стенозы сопутствовали S-образным извитостям (в 33,3% случаев данной ПИ). Однако, максимальные изменения линейной скорости кровотока были выявлены при стенозах на фоне кинкинга.

Мы считаем, что все патологические извитости, сопровождающиеся резким изменением ЛСК, являются показанием к хирургическому лечению. Во время проведения УЗАС патологической извитости необходимо обязательно учитывать артериальное давление пациента, проводить исследование в положении «лежа» и «сидя», а также измерять ЛСК в 3 точках - до извитости, в области максимальной извитости и после неё. Это позволяет определить истинную картину гемодинамических сдвигов, что является основополагающим для определения показаний к хирургическому лечению. Неврологический статус пациента так же играет важную роль в выборе оптимального метода лечения.

Вывод. Доказана диагностическая ценность ультразвукового исследования в оценке гемодинамической значимости ПД ВСА и на этом основании сформулированы показания к оперативному вмешательству у данной категории больных. Обоснована необходимость применения количественной оценки резерва мозгового кровообращения с использованием гиперкапнической пробы у больных с ПД ВСА.

В настоящее время патологическая извитость ВСА, особенно в сочетании со стенозом, может быть причиной преходящих и стойких нарушений мозгового кровообращения. При наличии современной аппаратуры диагностика патологической извитости ВСА не представляет технической сложности и основным методом прежде всего является



ультразвуковое ангиосканирование. Тщательное обследование позволяет вовремя определить тактику и показания к хирургическому лечению.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Исламов Ф.Р., Исламов Р.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Патология экстракраниальных артерий занимает значимое место в структуре заболеваний, вызывающих недостаточность мозгового кровообращения и, соответственно, увеличивающих частоту летальности.

Доказана диагностическая ценность ультразвукового исследования в оценке гемодинамической значимости ПД ВСА и на этом основании сформулированы показания к оперативному вмешательству у данной категории больных. Обоснована необходимость применения количественной оценки резерва мозгового кровообращения с использованием гиперкапнической пробы у больных с ПД ВСА.

В настоящее время патологическая извитость ВСА, особенно в сочетании со стенозом, может быть причиной преходящих и стойких нарушений мозгового кровообращения. При наличии современной аппаратуры диагностика патологической извитости ВСА не представляет технической сложности и основным методом прежде всего является ультразвуковое ангиосканирование. Тщательное обследование позволяет вовремя определить тактику и показания к хирургическому лечению.

Цель исследования. **Целью** нашего исследования является оценка данных, полученных при УЗАС - патологической гемодинамики и структурности самой патологической извитости ВСА.

Материалы и методы исследования. В основу настоящей работы положены **Результаты** ультразвуковых исследований 50 пациентов с патологической деформацией внутренней сонной артерии.

Результаты исследования. Извитость внутренней сонной артерии возникает в результате ее удлинения в фиксированном месте. Она может носить как характер изгиба, а также выглядеть как полная петля. Под кинкигом подразумевают ангуляцию внутренней сонной артерии в одном или нескольких местах, что на фоне атеросклероза приводит к стенозу и нарушению проходимости по артерии.

По данным ангиографии данная патология выявляется от 10 до 43% у больных с недостаточностью церебрального кровообращения.

При обследовании больных методом ультразвуковой доплерографии с 1996 по 2000 годы (в среднем до 1500 пациентов в год) с различной степенью нарушения мозговой гемодинамики, нами выявлено 167 пациентов, у которых предполагалась извитость



внутренней сонной артерии, причем у 36 больных она носила двухсторонний характер. За диагностические критерии патологической извитости на основании ультразвуковой доплерографии мы принимали показатели, характерные для стеноза внутренней сонной артерии, такие как, снижение скорости кровотока по надблоковой артерии до 7+3 см./сек., индекс спектрального расширения более 40%. Специфическим критерием являлась регистрация билатерально направленного кровотока по общей и внутренней сонным артериям (ОСА и ВСА) на протяжении. В дальнейшем доплерография во всех случаях дополнялось дуплексным сканированием ОСА и ВСА, при котором у 23 пациентов (13,8%) данный диагноз не подтвердился, то есть даже при поведении в момент исследования функциональных проб, извитость не являлась гемодинамически значимой, а определяющим фактором клинических проявлений был интракраниальный стеноз ВСА. Всем больным была выполнена ангиография, которая подтвердила наличие ангиоузления у всех 144 больных.

Вывод. Ультразвуковая доплерография имеет высокую диагностическую ценность на первичном этапе выявления достаточно сложной патологии, которой является патологическая извитость внутренних сонных артерий.

Так что, уважаемые коллеги, вместе с осмотром щитовидной железы не забудьте оценить состояние сонных артерий-это и больному в помощь, и вашему общеклиническому реноме в плюс.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Исмаилова З.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Преэклампсия (ПЭ) по данным зарубежных авторов осложняет течение от 2 до 8% всех беременностей, при этом тяжелая форма развивается в каждом десятом случае [1,6]. Ежегодно в мире регистрируется 8,5 миллионов случаев ПЭ. В разных странах в структуре материнской смертности ПЭ и ее осложнения ежегодно занимают II-IV место. Установлено, что за последнее десятилетие материнская летальность в мире при ПЭ снизилась практически двукратно: с 110 тысяч в 1999 году до 60 тысяч в 2014, известно, что ПЭ каждый год является причиной смерти 500 тысяч новорожденных. В то же время в мире наметилась отчетливая тенденция к увеличению встречаемости тяжелых форм этого осложнения беременности: тяжелая ПЭ в 2011 году зарегистрирована в 27,14 случаях на 1000 родов, в 2012 году – в 30,28 на 1000 родов. ПЭ остается одной из основных причин заболеваемости новорожденных (640-780‰) и перинатальной смертности (18-30‰).

Таким образом, ПЭ по-прежнему представляет одну из самых серьезных и, к сожалению, нерешенных проблем современного акушерства.



Цель исследования: изучить клинические особенности преэклампсии и разработать методы современной ее лечения.

Материалы и методы исследования: С 2020 по 2021 годы в АОПЦ было родоразрешено 24961 беременных. За этот период диагноз «тяжелая преэклампсия» был поставлен 244 женщинам, что составляет 0,98% от всех родоразрешенных в стационаре. Все пациентки были включены в основную группу первого этапа исследования.

Результаты исследования: Очевидно, что большинство обследуемых – это женщины от 19 до 34 лет (80%), пациентки позднего репродуктивного периода (35 лет и старше) составили 16% (39 человек).

Все беременные проживали в удовлетворительных социально-бытовых условиях. Большая часть пациенток имела среднее (94 человека; 38,52%) и среднее специальное образование (67 человек; 27,46%) и являлись жителями сельской местности (140 человек; 57,36%).

В структуре экстрагенитальных заболеваний у беременных с тяжелой ПЭ основную долю составили заболевания сердечно-сосудистой системы (51,08%), среди которых преобладала гипертоническая болезнь. Обращает на себя внимание большое количество пациенток с ожирением (87 человек; 46,77%), вплоть до его морбидных форм. Генез ожирения уточнить не всегда представлялось возможным и в группу эндокринопатий данные пациентки изолированно по этому признаку отнесены не были. На III месте среди заболеваний, сопутствующих ПЭ, стоит патология почек (32,26%), преимущественно хронический пиелонефрит (52 наблюдения). Кроме того, имелись беременные с заболеваниями щитовидной железы, сахарным диабетом (I типа и гестационным), а также 16 человек (8,6%) с хроническим холециститом.

Выводы. У большей части беременных Ставропольского края с тяжелой ПЭ 1. (58,2%) наблюдается классическая симптоматика ПЭ с наличием триады Цангемейстера. Тяжелая ПЭ значительно влияет на срок и метод родоразрешения (абдоминально родоразрешены 70,5%, досрочное родоразрешение имело место в 61,07% наблюдений).

Характерна низкая масса новорожденных от матерей с тяжелой ПЭ (2240,92 гр., SD 836,66), большая часть (65,7%) оценивается по Апгар в 5-7 баллов, выхаживание детей требует длительного пребывания в стационаре с переводом на второй этап выхаживания (67,35%) и использования современных реанимационных мероприятий (ИВЛ, препараты сурфактанта).



ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЧСС (частоту сердечных сокращений), И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ГИПОДИНАМИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Исмадова М.Ш. Эргашева Х., Парахатова А.Р.
Самаркандский Государственный Медицинский

Аннотация: Одной из современных болезней XXI века – века информационных технологий, является гиподинамия. Гиподинамия это нарушение здоровья человека, вследствие малого движения мышечной массы. В статье показаны **Результаты** исследования, степени малоподвижности студентов первокурсников лечебного дела 128-группы Самаркандского Государственного Медицинского Университета.

Введение: В настоящее время некоторые студенты-медики, стремясь только учиться, становятся жертвами гиподинамии. Конечно-же это не все, многие из них поступив в медицинские ВУЗы понимают, насколько необходимо заниматься спортом в настоящем и будущем. Основной причиной гиподинамии среди студентов можем сказать нагрузка в учебе, стресс и т.д. Почему именно нагрузка в учёбе? Ведь насколько бы не была большая программа, студент думающий о своём здоровье и любящий заниматься спортом всегда найдёт время для занятия физической культурой. Например, студент или даже школьник может на часик пораньше встать и пройтись пешком до учёбы или до ближайшей остановки, это уже может заменить многим утреннюю зарядку и предотвратит в некоторой степени гиподинамию. Многие ленятся, некоторым не хватает выносливости и находят разные отговорки, вроде: «Я устану пока доберусь до учебы или же истрочу всю энергию». Но утренняя ходьба наоборот поможет вам проснуться ото сна и бодрствовать на утренних занятиях. А стресс же является последствием перегрузок в учёбе перед и после экзаменов, сессий. Стресс сопровождается волнением, страхом, учащенное сердцебиение впоследствии усталость, потеря аппетита или же наоборот, набор веса.

Но человека радует то, что во многих ВУЗах, в частности, и в нашем проводятся различные спортивные соревнования, марафоны по бегу. А выигравшего награждают дипломами, призами, вроде домашнего обихода, которые понадобятся студентам. И студентов интересует поучаствовать в каком-нибудь соревновании и получить небольшой приз. Это тоже помогает студентам немного отвлечься от учебы и поучаствовать в активной жизни. От занятия спортом есть много пользы. Врачи установили, что через 30 минут после еды содержание сахара в крови увеличивается. Например, ходьба или небольшая пробежка значительно может уменьшить сахар в крови. Но чтобы было эффективнее, лучше подождать 30 минут, после еды. И всё равно много пользы от ходьбы или пробежки, улучшения кровообращения сердца, работу легких, потери веса, улучшает памяти, а ещё риск развития гиподинамии, деменции и болезни Альцгеймера.

Ещё несколько лет тому назад до совершенного развития техники, люди делали больше движений, и гиподинамия не была так уж распространена. Раньше студенты



ходили в библиотеки, искали книги, собирались и вместе читали то, что нет в книге, изучали в практике. Так они тоже совершали небольшие движения. Сейчас же сидя или лёжа дома можно найти в интернете необходимое. Стиральные машинки, лифты всё это способствует малоподвижности рук и ног, что развивает гиподинамию. Последствием гиподинамии могут стать такие болезни, как ожирение, инсульт, сахарный диабет, атеросклероз.

Цель исследования: Определить степень развития гиподинамии среди студентов. Установить показатель и процент малоподвижности студентов.

Материалы и методы исследования: В исследовании приняли участие 15 студентов 128-группы лечебного факультета, пятеро парней и десять девушек. Студентам по 17, 18 лет. Исследование проводилось в Республиканской больнице. Каждому студенту в спокойном состоянии в течении 30 секунд, измеряли пульс на запястье двумя, тремя пальцами, что в норме должно дать 60-100 ударов в минуту. После того, как студенты сделали несколько физических упражнений, они отдыхали в течении 1-2 минуты. Затем студентов попросили в положении сидя сделать спокойный вдох и выдох и снова измеряли пульс. По формуле $\frac{ЧСС_2}{ЧСС_1}$ определили показатель.

Результаты исследования: В спокойном состоянии частота сердечных сокращений (за 1 минуту): более 90 – у 2 студента (13.33%), 90-79 – у 5 студента (33.33%), 80-69 – у 8 студента (53.33%). Задержка дыхания в состоянии покоя (в секундах): более 60 – у 2 студента (13.33), 40-59 – у 8 студента (53.33%), 30-40 – у 4 студента (26.67%), менее 30 – у 1 студента (6.67%).

После физических упражнений: у парней отжимание и девушек приседание, частота сердечных сокращений следующее (за 1 минуту): более 90 – у 9 студента (60%), 90-79 – у 3 студента (20%), 80-69 – у 3 студента (20%). Задержка дыхания после физической нагрузки (в секундах): более 60 – отсутствует, 40-59 – у 3 студента (20%), 30-40 – у 3 студента (20%), менее 30 – у 9 студента (60%).

Обсуждение результатов: По результатам нашего исследования задержка дыхания в состоянии покоя 60 секунд и более чем на 60 секунд является хорошим показателем для тех, кто занимается спортом (2 студента – 13,3%). А показатель 40-59 секунд является лучшим результатом для тех, кто не занимается спортом (8 студентов – 53.3%). 30-40 секунд на вдохе является удовлетворительным показателем. Надо учитывать то, что студенты не в хорошей физической форме или подвержены гиподинамии в своем образе жизни (4 студента – 26.67%). Менее 30 секунд – это говорит о том, что возможно у студента имеются хроническое заболевание или иные факторы, снижающие обеспечение кислородом организм (1 студент – 6.67%). Из результатов исследования видно, что больше половины студентов в группе не занимаются спортом, и не подвижны в повседневном быту.

Вывод: Учиться нужно, но нельзя забывать о здоровом образе жизни, то есть о физической культуре и правильном питании. Нужно думать не только о настоящем, но и о будущем. Верно, после занятий многие студенты устают, а ещё бессонные ночи. Но



стоит задуматься: «Для чего мы учимся?» Ведь для того, чтобы стать хорошими специалистами в своей сфере деятельности. Не правда ли? Ну а что если, наше пренебрежение здоровьем может привести к болезням, возможно которых мы уже не сможем излечить в будущем. Поэтому мы должны пройтись немного пешком до занятий и прогулка вечером после ужина, которая также снимает стресс, накопившийся в течение дня, и улучшает настроение. Таким образом, гиподинамия развивается у людей, которые неподвижны более 6 часов в день и подвижны менее 12 часов в неделю.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ВЫБОРОЧНОЙ ЗАТОЧКИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ

Исмоилов И.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В работе изучено влияние шероховатости переходных поверхностей зубьев цементируемых колес на предел выносливости при изгибе. Это влияние исследовалось проведением сравнительных усталостных испытаний круглых образцов с выточкой диаметром 10 мм по симметричному циклу изменения напряжений и на зубьях экспериментальных колес модуля 6 мм при пульсирующем цикле нагружения. Нижнее доверительное значение предела выносливости, вычисленное путем построения доверительного интервала относительно среднего, используется при расчетах зубчатых колес на выносливость при изгибе и необходимо при проектировании судового редуктора. Другим показателем надежности этого редуктора при эксплуатации является его долговечность, которая зависит от многих факторов.

При решении вопроса о влиянии шероховатости на долговечность в области ограниченной выносливости возникла необходимость оценки значимости или случайности в расхождении выборочных средних и среднеквадратичных значений долговечности образцов и зубьев экспериментальных колес на уровнях напряжений, на которых они испытывались.

Цель исследования изучить способы проведения этапа селективной заточки в клинике и возможности их выбора с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Материал и методы исследования. Основным методом устранения или уменьшения травматической перегрузки зубов на этапе ортопедического лечения является избирательное заточки зубов. Многие отечественные и зарубежные авторы предлагают свои варианты проведения данного вида вмешательства. Однако общими и основополагающими являются следующие моменты: сошлифовыванию подлежат скаты бугров, за счет которых нарушается равномерность движения нижней челюсти и происходит ее смещение в сторону; вершины верхних небных и щечных нижних бугров не сошлифовывают, так как за счет них удерживается межальвеолярная высота и обеспечивается стабильность центральной окклюзии; вершины щечных верхних и



язычных нижних бугров не сошлифовывают, так как они обеспечивают защиту слизистой оболочки щек и предохраняют язык от травмы зубами; сошлифовывание проводится строго по направлению от десневого края к вершине бугра.

Результаты исследования. По окончании курса избирательного пришлифовывания в течение месяца у всех пациентов отмечается стабилизация патологических процессов в пародонте за счет нормализации окклюзионной нагрузки на пораженные зубы, подвижность зубов уменьшается, процесс резорбции костной ткани замедляется. Данные объективного обследования и субъективных ощущений пациента позволяют отметить выраженный стойкий терапевтический эффект после проведенных манипуляций.

При планировании избирательного пришлифовывания на клиническом приеме врач должен использовать все возможные варианты его проведения с учетом индивидуальных особенностей пациента. К ним относятся: возраст и общее состояние больного, наличие сопутствующей патологии, состояние тканей пародонта на момент первичного осмотра и в динамике, наличие и выраженность суперконтактов в различных отделах зубных рядов, вид прикуса, характер движений нижней челюсти, состояние твердых тканей зубов и многие другие немаловажные факторы. Комплексная методика проведения избирательного пришлифовывания должна проводиться после анализа всех данных обследования, с учетом индивидуальных особенностей зубочелюстной системы и общего состояния здоровья пациента, что позволяет врачу добиться выраженного терапевтического эффекта от проведенного лечения.

Вывод. Таким образом, установлено, что основной причиной потери геометрии формы заточки является несоблюдение требований по техобслуживанию ножей. В первую очередь - их заточка «на глазок» с игнорированием требований инструкции по эксплуатации. Имелись случаи дополнительной заточки ножей по нижней грани режущей кромки. Хотя на первый взгляд при такой встречной заточке снижается трение ножей о ствол, однако, при этом в процессе протягивания ножи часто отходят от поверхности ствола, увеличивая высоту не полностью срезанных сучьев (в особенности при обработке лиственных пород деревьев).

ПОКАЗАНИЯ К ФОРМОВАНИЮ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ И ИХ ПРЕИМУЩЕСТВА

Исмоилов И.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Клиническая картина при частичной потере зубов разнообразна и часто бывает очень сложной. Это зависит не только от разнообразия дефектов, их сочетаний, но и от причины дефекта, особенности прикуса, состояния твердых тканей и пародонта оставшихся зубов, от возраста больного и различных



сопутствующих заболеваний как местного (аномалии, пародонтопатии), так и общего характера (диабет, нарушение кровообращения и др.).

На сегодняшний день применяют большое разнообразие ортопедических конструкций, в том числе и мостовидные протезы, для лечения частичного отсутствия зубов.

Цель исследования. Основной **Целью** ортопедического лечения пациентов с протезированиями является восстановление и нормализация функциональной окклюзионной нагрузки на пародонт пораженных зубов.

Нормализация окклюзионной нагрузки позволяет стабилизировать патологические процессы в тканях пародонта и повысить эффективность хирургического, терапевтического и ортопедического лечения.

Материал и методы исследования. Основным методом устранения или уменьшения травматической перегрузки зубов на этапе ортопедического лечения является избирательное заточки зубов. Многие отечественные и зарубежные авторы предлагают свои варианты проведения данного вида вмешательства.

Однако общими и основополагающими являются следующие моменты: сошлифовыванию подлежат скаты бугров, за счет которых нарушается равномерность движения нижней челюсти и происходит ее смещение в сторону; вершины верхних небных и щечных нижних бугров не сошлифовывают, так как за счет них удерживается межальвеолярная высота и обеспечивается стабильность центральной окклюзии; вершины щечных верхних и язычных нижних бугров не сошлифовывают, так как они обеспечивают защиту слизистой оболочки щек и предохраняют язык от травмы зубами; сошлифовывание проводится строго по направлению от десневого края к вершине бугра.

Результаты исследования. По окончании курса избирательного пришлифовывания в течение месяца у всех пациентов отмечается стабилизация патологических процессов в пародонте за счет нормализации окклюзионной нагрузки на пораженные зубы, подвижность зубов уменьшается, процесс резорбции костной ткани замедляется. Данные объективного обследования и субъективных ощущений пациента позволяют отметить выраженный стойкий терапевтический эффект после проведенных манипуляций.

При планировании избирательного пришлифовывания на клиническом приеме врач должен использовать все возможные варианты его проведения с учетом индивидуальных особенностей пациента. К ним относятся: возраст и общее состояние больного, наличие сопутствующей патологии, состояние тканей пародонта на момент первичного осмотра и в динамике, наличие и выраженность суперконтактов в различных отделах зубных рядов, вид прикуса, характер движений нижней челюсти, состояние твердых тканей зубов и многие другие немаловажные факторы. Комплексная методика проведения избирательного пришлифовывания должна проводиться после анализа всех данных обследования, с учетом индивидуальных особенностей зубочелюстной системы и общего состояния здоровья пациента, что позволяет врачу добиться выраженного терапевтического эффекта от проведенного лечения.



Вывод. Рассмотренные требования и аспекты **Цельнолитых** мостовидных протезов позволяют отнести данный вопрос к классу субъективных, так как при решении проблемы врач основывается на мнение пациента. Положительные качества **Цельнолитой** мостовидной конструкции не дают абсолютных гарантий решения проблемы, потому что многочисленные исследования показывают, что для некоторых групп больных неэффективны протезы, которые изготовлены согласно всем требованиям.

УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ЭКСТРЕННЫХ ТОРАКОСКОПИЙ В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРА НЕОТЛОЖНОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Исмоилов О.А

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Цель исследования. Оптимизировать метод коллабирования легкого у больных с проникающими ранениями груди при выполнении видеоторакоскопии.

Материалы и методы. Одним из условий выполнения ВТС считают необходимость проведения односторонней вентиляции (ОЛВ) с применением интубационных трубок типа Робертшоу или блокаторов бронха, для создания искусственного коллабирования легкого на стороне вмешательства. Альтернативным методом для проведения экстренных ВТС без применения эндобронхиальной интубации является карбоксипневмоторакс (КПТ). На фоне КПТ сохраняется двусторонняя вентиляция, за короткое время создается операционная полость, для полноценной работы хирурга, анестезиологическая поддержка данного метода осуществляется применением эндотрахеальной интубации, что облегчает течение анестезии у пациентов с проникающими ранениями груди. Мы накладывали КПТ, электронным инсuffлятором, КПТ создает оптимально удобную и быстро создаваемую зону для работы хирурга. Проанализированы **Результаты** анестезиологического пособия 88 пациентов с

проникающим ранением груди, гемопневмотораксом. Больные были разделены на две группы. Средний возраст пострадавших $36,4 \pm 1,3$ лет. В группе I проводили интубацию трахеи одноканальной трубкой и на этапе торакоскопии инсuffлировали CO₂ в плевральную полость (n=58), а в группе II использовали отдельную интубацию бронхов (n=30). Для выбора методов ИКЛ у пациентов с проникающими ранениями груди при проведении экстренной ВТС, учитывали объективные данные и анамнез пострадавших, уровень сознания, «полный желудок» и наличие алкогольной интоксикации. Для больных с множественными повреждениями груди, колото-резаными и огнестрельными ранениями «сердечной зоны», так же пострадавшим с признаками гиповолемического шока, анамнестически с полным желудком или прогнозируемой трудной интубацией, предпочтение отдавали КПТ. У больных не имеющих гемодина-



мических расстройств, алкогольного опьянения, применяли отдельную интубацию бронхов ДПТ. Всем больным выполнена ВТС, время эндоскопического этапа для группы I составило $69 \pm 6,6$ минут и 49 ± 6 минут для группы II. Применяли стандартный и расширенный интраоперационный мониторинг, импедансную кардиографию. Всем пострадавшим проведена комбинированная тотальная внутривенная анестезия с применением бензодиазепинов, барбитуратов или кетамина, наркотических анальгетиков и мышечных релаксантов. Среднее время вводного наркоза и интубации трахеи для больных группы I составило $6 \pm 0,1$ минуты. Для пациентов группы II это время равнялось $10 \pm 0,4$ минуты. Риск анестезии по шкале физиологического состояния ASA составил $3,5 \pm 0,06$ ($n=88$). В группе I, ($n=58$) риск соответствовал III классу по ASA у 22 больных обеих групп (25%), так в группе I у 13 пациентов (22%), а в группе II у 9 пострадавших (30%). У 66 пострадавших в обеих группах (75%), был определен IV класс по международной классификации ASA, в группе I, у 45 больных (78%) и в группе II у 21 пациента (70%). Характер повреждений у поступивших больных это проникающее ранение груди с повреждением ткани легкого без повреждения крупных сосудов и бронхов у 42 (51,8%) пациентов, с повреждением крупного сосуда легкого у 1 больного. Ранение сердца наблюдали у 11 пациентов (12,5%), из них у 6 больных ранение перикарда без тампонады и у 5 пациентов ранение миокарда. Повреждение диафрагмы и органов брюшной полости наблюдали у 4 (4,5%) больных, ранение печени в 3,4% случаев ($n=3$), селезенки в 3,4% ($n=3$), кишечника в 1,1% ($n=1$), желудка в 4,5% ($n=4$) всех случаев. Повреждение сосудов грудной стенки наблюдали у 16 (18%) пострадавших, из них ранение внутренней грудной артерии наблюдали у 5 (5,6%) больных и повреждение межреберной артерии в 17% наблюдаемых случаев ($n=15$). Отсутствие повреждений внутренних органов диагностировано у 32 (36%) человек имевших проникающее ранение груди. Полученные значения регистрировали на всех этапах операции (транспортировка в операционную, индукция, интубация, инсuffляция CO₂, группа I или однологочная вентиляция, группа II, десuffляция газа или восстановление двулегочной вентиляции и конец анестезии).

Результаты и обсуждение. Тяжесть состояния пострадавших группы II была ниже, в результате предпочтение эндотрахеальной интубации отдавали более сложным пациентам. Время ВТС в группе I, соответственно увеличилось, за счет большего числа лечебных ВТС с выполненным эндоскопическим гемостазом, $n=35$ (60%). В группе II большинство, $n=26$ (87%) ВТС имели диагностический характер. Время затраченное на интубацию трахеи в группе I было почти вдвое меньше чем в группе II. Наличие остаточного дыхательного объема в легком, в группе II не позволяло коллабировать легкое в полном объеме, остатки воздуха удаляли с помощью активного электрического аспиратора, что требовало дополнительного времени и влияло на длительность экстренных ВТС. Полученные **Результаты** интраоперационного мониторинга подтвердили отсутствие различия в обеих группах на всех этапах анестезиологического пособия, что может характеризовать ИКЛ с КПТ, как безопасный метод при ВТС, способный применяться в практике стационара экстренной помощи у пострадавших с ранениями груди.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФУЗИОННЫХ АНТИГИПОКСАНТОВ (РЕАМБЕРИНА) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ КОС ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМ(ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ) ШОКЕ

Исмоилов О.А

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Цель исследования. Определить эффективность использования инфузионного антигипоксанта раствора Реамберина 1,5% для коррекции нарушений кислотно-основного состояния при гиповолемическом шоке.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 35 пациентов в состоянии гиповолемического шока с проявлениями метаболического ацидоза в возрасте от 25 до 79 лет ($52,8 \pm 4,5$), тяжесть состояния которых достоверно не различалась по шкалам APACHE II (от 20 до 25 баллов) и SAPS II (от 43 до 55 баллов). Все пострадавшие получали стандартную противошоковую терапию.

Пациенты были разделены на две группы:

1. Ретроспективная группа - 20 человек ($n=20$). Возраст от 30 до 79 лет ($51,05 \pm 3,5$), метаболический ацидоз у которых корригировали раствором натрия гидрокарбоната.
2. Исследовательская группа – 15 человек ($n=15$). Возраст от 25 до 79 лет ($55,2 \pm 4,24$). В схему лечения данных пациентов включался раствор Реамберина 1,5% - 500 мл, однократно.

Пострадавшим обеих групп исследовали газовый состав крови (рН, рСО₂, рО₂, ВЕ, лактат), Hb, эритроциты, лейкоциты, Ht, биохимические показатели крови (глюкоза, мочевины, креатинин). Кроме того, фиксировались показатели SpO₂, ЧСС, АД си АДд, ЦВД. Данные измерения проводились в 4 этапа: 1 этап – от момента выявления тяжелого метаболического ацидоза до начала лечения раствором Реамберина 1,5%; 2 этап – через 2 часа от начала лечения; 3 этап – через 12 часов от начала лечения; 4 этап – через 24 часа от начала лечения.

При поступлении у пациентов обеих групп регистрировали анемию (Hb= $98,35 \pm 4,26 \cdot 10^{12}$ г/л) в ретроспективной группе и до $83,33 \pm 3,15 \cdot 10^{12}$ г/л в исследовательской группе, лейкоцитоз до $15,81 \pm 1,63 \cdot 10^9$ /л в ретроспективной группе и до $11,93 \pm 1,26 \cdot 10^9$ /л в исследованной группе. У пострадавших имела место гипотензия (АДс= $102,75 \pm 3,51$ мм рт.ст. в ретроспективной группе и $103,4 \pm 2,6$ мм рт.ст. – в исследовательской группе), ЧСС= $99,4 \pm 3,81$ /мин в ретроспективной группе и $94,6 \pm 3,18$ /мин в исследовательской группе, ЦВД= $1,5 \pm 0,44$ см вод.ст. в ретроспективной группе и $3,27 \pm 0,67$ см вод.ст. в исследовательской группе. У пострадавших выявляли тяжелый метаболический ацидоз. При критических состояниях компенсаторные реакции организма требуют повышенных энергозатрат, но в условиях централизации кровообращения, ведущим звеном в патогенезе становится дефицит энергии, связанный с переходом метаболизма на энергетически менее выгодный анаэробный путь, что подтверждается гипергликемией до $8,39 \pm 0,65$



ммоль/л в ретроспективной группе и до $8,78 \pm 0,57$ ммоль/л в исследовательской, а также повышением лактата до $2,71 \pm 0,31$ ммоль/л и до $3,97 \pm 0,68$ ммоль/л, соответственно.

На фоне проводимой интенсивной терапии, в обеих группах прослеживалась тенденция к компенсации метаболического ацидоза. Статистически значимой разницы между сравниваемыми группами по скорости коррекции кислотно-основного состояния выявлено не было. Так в ретроспективной группе после введения натрия гидрокарбоната в расчетных дозировках, компенсация метаболического ацидоза наступала уже к III этапу (рНарт $7,31 \pm 0,01$; ВЕарт $-2,91 \pm 1,03$), а на IV этапе происходила нормализация КОС (рНарт $7,39 \pm 0,01$; ВЕарт $-0,78 \pm 1,1$) ($p < 0,05$). То же самое наблюдалось и в исследованной группе, после введения раствора Реамберина компенсация метаболического ацидоза наступала на III этапе (рНарт $7,35 \pm 0,01$; ВЕарт $-2,65 \pm 0,51$), и нормализация КОС на IV этапе (рНарт $7,39 \pm 0,01$; ВЕарт $-1,56 \pm 0,46$) ($p < 0,05$). Помимо этого, у пациентов в исследовательской группе отмечалась более ранняя стабилизация гемодинамических показателей (АДс, ЧСС, ЦВД), достоверно отличавшихся от исходных данных и по сравнению с ретроспективной группой ($p < 0,05$).

Таким образом, в исследованной группе внутривенная инфузия 500 мл 1,5% раствора Реамберина наравне с инфузией раствора натрия гидрокарбоната в ретроспективной группе, приводили к коррекции метаболических нарушений, повышению буферной емкости крови, что проявлялось достоверным изменением показателей газового состава артериальной и венозной крови. Однако в исследованной группе отмечалась явная тенденция к снижению содержания лактата в смешанной венозной крови с $3,97 \pm 0,68$ ммоль/л на I этапе до $1,99 \pm 0,22$ и $1,85 \pm 0,16$ ммоль/л на III и IV этапах соответственно ($p < 0,05$), что являлось одним из признаков активации аэробного метаболизма, тогда как в ретроспективной группе лактат оставался повышенным на всех этапах исследования ($p < 0,05$), что свидетельствовало о так называемом негативном эффекте инфузии раствора натрия гидрокарбоната в виде извращенной метаболической реакции, проявляющейся повышением продукции лактата.

КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРНАТРИЕМИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Исмоилов О.А.

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

В последние годы в медицине критических состояний было продемонстрировано негативное влияние гипернатриемии (160 ммоль/л и выше) на прогноз пациентов. Распространенность гипернатриемии в ОПИТ может достигать 15% и сопровождаться повышением летальности до 75% (Vandergheynst F., Sakr Y., 2013). Наиболее частыми



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



клиническими ситуациями, выявленными нами и другими авторами, были повреждение головного мозга с развитием неадекватной секреции антидиуретического гормона и недостаточная экскреция натрия почками при введении растворов с его высоким содержанием.

Актуальность данной проблемы также связана с современными рекомендациями ряда исследователей в отношении гипертонического раствора хлорида натрия (ГР), (а не маннитола) как «золотого стандарта» в терапии внутричерепной гипертензии у пациентов с ЧМТ. Кроме того гипертонические растворы (7,5% NaCl 5 мл/кг) рекомендованы для применения в составе инфузионной терапии травмы (Sprahn D.R. 2013). Было отмечено, что частота гипернатремии более 24 часов встречается в 30% после таких инфузий. Так же было показано, что исходы в случае транзиторного характера гипернатремии лучше. Однако на данный момент отсутствуют рекомендации по влиянию на исходы и способы коррекции гипернатремии после инфузий ГР.

Целью исследования явилось изучение подходов в коррекции гипернатремии у больных с тяжелой сочетанной травмой и ЧМТ.

Материалы и методы: были изучены 24 пациента с тяжелой сочетанной травмой и ЧМТ, у которых после инфузии ГР сохранялась гипернатриемия, и 9 пациентов с ЧМТ и развитием несахарного диабета. ГР с коллоидом использовался для стабилизации гемодинамики у пациентов с тяжелой сочетанной травмой и ЧМТ, сопровождавшимися эпизодами гипотензии, олигурией, рефрактерными к проводимой инфузионной терапии. Коррекция гипернатремии включала инфузию 1500-2000 мл нормофундина-Г5, дополнительно при недостаточном выведении натрия почками применялся фуросемид и верошпирон. У 9 пациентов с ЧМТ, осложнившейся центральным несахарным диабетом, применялись инфузия нормофундина и десмопрессин.

Результаты: **Введение** ГР сопровождалось восстановлением артериального давления и диуреза с сохраняющейся к 6 часам терапии гипернатриемией ($166 \pm 8,1$ ммоль/л). Инфузия 1500 мл нормофундина-Г5 приводила к возрастанию диуреза и нормализации концентрации натрия в крови к 24 часам ($148,2 \pm 5,6$ ммоль/л). Однако у 8 больных коррекция гипернатриемии потребовала применение 20–40 мг фуросемида в комбинации с 400 мг верошпирона. При медленном снижении уровня натрия не более 10 ммоль/л/сут отрицательной неврологической динамики не отмечалось.

У пациентов с ЧМТ при развитии у них несахарного диабета, гипернатриемией $176 \pm 8,6$ ммоль/л и полиурией инфузии 2000 мл нормофундина-Г5 было недостаточно как для коррекции дегидратации, так и гипернатриемии. Поэтому им применялся синтетический аналог АДГ – десмопрессин (0,1 – 0,2 мг через зонд 2 – 3 раза в сутки) до нормализации диуреза. При этом наблюдалось постепенное снижение гипернатриемии в протяжении 3 – 4 суток на фоне продолжения инфузий нормофундина-Г5.

Заключение: в основе коррекции гипернатриемии лежит применение сбалансированных инфузионных растворов с пониженным содержанием натрия и использование в



зависимости от патогенетических механизмов гипернатриемии диуретиков или аналогов антидиуретического гормона.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Исмоилова Ш.Д

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Преэклампсия (ПЭ) - это осложнение беременности, которое характеризуется глубоким нарушением функций жизненно важных органов и систем. Это наиболее распространенное заболевание из группы гипертонических расстройств беременности, характеризующееся высокой вероятностью материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

В настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), преэклампсия осложняет в среднем 2,2% беременностей, и наблюдается тенденция к увеличению ее частоты, независимо от экономического развития страны. По данным ВОЗ, в структуре материнской смертности ТЭЛА и эклампсия занимают второе место после кровотечений.

Наиболее значимыми факторами, влияющими на исходы беременности у пациенток с ТЭЛА, являются ее своевременная, как можно более ранняя диагностика, а также грамотная оценка ее тяжести, что влияет на дальнейшую тактику ведения.

Цель исследования: изучить клинические особенности преэклампсии и разработать методы современного лечения.

Материалы и методы исследования: С 2022 по 2023 год в АООЦ были приняты роды у 61 беременной женщины. Все пациенты были включены в основную группу первого этапа исследования.

Результаты исследования: Очевидно, что большинство опрошенных составляют женщины в возрасте от 19 до 34 лет (80%), пациентки позднего репродуктивного периода (35 лет и старше) составили 16%.

Все беременные женщины жили в удовлетворительных социальных условиях. Большинство пациентов имели среднее образование (38,52%) и среднее специальное образование (27,46%) и были жителями сельской местности (57,36%).

В структуре экстрагенитальных заболеваний у беременных с тяжелой ТЭЛА основную долю составили заболевания сердечно-сосудистой системы (51,08%), среди которых преобладала артериальная гипертензия. Обращает на себя внимание большое количество пациентов с ожирением, 46,77%, вплоть до его патологических форм. Не всегда удавалось уточнить генез ожирения, и на этом основании данные пациента изолированно не включались в группу эндокринопатий. Третье место среди заболеваний, связанных с ТЭЛА, занимает патология почек (32,26%), в основном хронический



пиелонефрит (52 наблюдения). Кроме того, были беременные женщины с заболеваниями щитовидной железы, сахарным диабетом (I типа и гестационным), а также 8,6% с хроническим холециститом.

Вывод. Большинство беременных женщин в Андижанской области с тяжелой формой ТЭЛА 1. (58,2%) имеют классические симптомы ТЭЛА с наличием триады Цангемейстера. Тяжелая ТЭЛА существенно влияет на сроки и способ родоразрешения (абдоминальное родоразрешение составило 70,5%, преждевременные роды произошли в 61,07% случаев).

Характеризуется низким весом новорожденных от матерей с тяжелой ПЭ (2240,92 г., SD 836,66), большинство (65,7%) оцениваются по шкале Апгар в 5-7 баллов, выхаживание детей требует длительного пребывания в стационаре с переводом на второй этап выхаживания (67,35%) и применением современных реанимационных средств меры (искусственная вентиляция легких, препараты поверхностно-активных веществ).

МЕТОДЫ ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ ПАЦИЕНТЫ В БОЛЬНИЧНЫХ УСЛОВИЯХ

Исмоилова Ш.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Обширные данные зарубежной литературы и постоянно увеличивающееся количество публикаций отечественных авторов позволяют с уверенностью говорить, во-первых, о возможном дальнейшем развитии оперативной лапароскопии как отдельной области гинекологии, а во-вторых, об огромных перспективах совершенствования техники оперативной лапароскопии и расширения показаний к ее проведению. лечение различных заболеваний лапароскопическим доступом; и в-третьих, необходимость постоянного обобщения и анализа накопленных клинических наблюдений.

Цель исследования. Изучить суть безвредного и эффективного лапароскопического метода у гинекологических больных.

Материалы и методы исследования. В клинике АГМИ было проведено 64 диагностические и лечебные лапароскопии, 11 лапароскопических гинекологических операций по экстренным показаниям.

Результаты исследования. Лапароскопия и операции выполнялись дежурными хирургами 76,4% (57 пациенток) лапароскопия проводилась для исключения острой хирургической патологии, 23,6% (18 пациенток) - при подозрении на гинекологические заболевания.

Патология внутренних половых органов была выявлена у 24 пациенток (32,3%), из которых 14,4% (11 пациенток) потребовалось хирургическое вмешательство, в 41% случаев (31 пациентка) была выполнена лечебная лапароскопия (дренирование,



дренирование брюшной полости, ирригаторы), в 12% случаев (9 пациентов) пациенты не нуждались в хирургическом вмешательстве.

Введение в малый таз дренажей и микро-

лапароскопические операции были выполнены по поводу: внематочной беременности - 54,74% (41), разрыва кисты яичника, перекрута кисты, апоплексии яичника, кровоизлияния в кисту - 33,52% (25), воспалительных заболеваний половых органов - 12% (9), кроме того, по поводу перфорации матки, перекрут маточных труб, гемоперитонеум после лапаротомных операций.

Объем операций был подобран в соответствии с правилами хирургии и гинекологии. Были выполнены тубэктомии, аднексэктомии, эндоскопический гемостаз, резекция маточных труб с формированием сальпингостомы, коагуляция очагов эндометриоза, сальпингостомии, цистэктомии, резекции яичников, дренирование брюшной полости, в том числе через кольпостому.

Продолжительность операций составляла 12-50 минут, в среднем 24,4 минуты, продолжительность анестезии - 15-57 минут, в среднем 27,5 минут. Пребывание пациентов в стационаре составило 5-9 дней (в среднем 5,3 койко-дня).

При сравнении этих характеристик с группой пациентов, оперированных лапаротомным доступом (с теми же показаниями к операции), показатели составили: продолжительность операций от 45 минут до 1 часа 35 минут (в среднем 1 час 15 минут), продолжительность анестезии от 45 минут до 1 часа 35 минут (в среднем в среднем 1 час 20 минут), пациенты остаются в больнице от 8 до 18 дней, в среднем 11,3.

Вывод. Таким образом, мы считаем целесообразным использовать лапароскопию в неотложной гинекологии в диагностических и лечебных целях. Этот метод диагностики и лечения эффективен, малотравматичен, позволяет женщине быстро восстановить свою репродуктивную функцию, а также является экономически выгодным, так как сокращает период пребывания женщины в стационаре и на больничном листе.

КОМБИНАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Косимова Д.У.1, Ахмадеева Л.Р.2,3, Исоева М.Б.1

1ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Таджикистан

2ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Уфа, Россия,
3Академия Наук Республики Башкортостан, г.Уфа, Россия

Актуальность темы. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) относятся к числу наиболее значимых медико-социальных проблем, занимая



лидирующие места по частоте встречаемости, смертности и числу случаев инвалидизации среди жителей всего земного шара. Согласно результатам ряда исследований инсульт занимает ведущее место среди патологий нервной системы, которые приводят к инвалидизации населения в г. Душанбе, частота случаев инвалидности составляет 24,5%. При этом чаще инвалидность развивается у лиц мужского пола и наиболее трудоспособного возраста, у которых имеется среднее и высшее образование. Принимая во внимание большое значение полиморфизма генов системы регуляции агрегатного состояния крови в возникновении тромбофилии, можно предположить, что определение биохимических и/либо генетических показателей, свидетельствующих о наличии тромбофилических состояний у пациентов с резистентной формой артериальной гипертензии и ишемическим инсультом, может значительно повысить эффективность своевременной диагностики и способствовать проведению адекватной профилактики прогрессирующего течения ОНМК.

Цель исследования. Изучение комбинации полиморфных вариантов генов гемостаза у больных ишемическим инсультом на фоне резистентной артериальной гипертонии.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 62 человека. Показанием для проведения молекулярно-генетического исследования явились: документированная гипертоническая болезнь, больные таджикского этнического происхождения, проживающие на территории Республики Таджикистан, с наследственной отягощенностью или перенесенными церебро- или кардиоваскулярными заболеваниями (наличие острых тромботических сосудистых катастроф - инфарктов миокарда, ишемических инсультов, острого тромбоза периферических вен в молодом возрасте у родственников I и II ст. родства). В связи с этим мутации в генах системы гемостаза изучены у пациентов с ишемическим инсультом (ИИ), как на фоне резистентной артериальной гипертонии – РАГ- (n=25), так и с нормотонией (n=17).

Показатели гемостаза и **Результаты** молекулярно-генетического исследования у больных ишемическим инсультом проанализированы сравнительно с группой контроля (n=20), которую составили практически здоровые доноры, сопоставимые с основной группой пациентов по возрасту и полу.

Результаты исследования. Проведён анализ ассоциации полиморфных вариантов генов гемостаза (rs 20210 G>A гена F2, rs 1691G>A гена F5, rs -455 G>A гена FGB, rs -675 5G>4G) в зависимости от фонового уровня артериального давления (АД) у больных ишемическим инсультом, то есть, с нормотонией и резистентной артериальной гипертонией.

Установлено, что комбинация 3-х полиморфных (редких) аллелей изученных генов у больных с нормотонией отсутствовала.

В целом, комбинация 3-х редких аллелей изученных генов гемостаза у больных РАГ наблюдалась значимо чаще (32%; $p < 0,05$), чем в группе пациентов с артериальной нормотонией. Наличие комбинации 3-х полиморфных аллелей генов гемостаза у пациентов с РАГ были обусловлены комбинацией полиморфных аллелей генов PAI-



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



1+ITGA2+ITGB3 (20%; $p>0,05$), FGB + FV + FII (8%; $p>0,05$) и генов FGB+PAI-1+ITGB3 (4%; $p>0,05$).

У больных молодого и среднего возраста с ИИ, включённых в исследование, часто (всего 13 случаев, 31%) наблюдалась комбинация 2-х редких аллелей изученных генов, в том числе, у 2 (11,8%) больных с нормотонией (за счёт аллели риска генов FGB + ITGA2 у одного пациента и генов PAI-1 + ITGB3 – у другого; всего 11,8%).

У пациентов с ишемическим инсультом на фоне резистентной артериальной гипертензии комбинация 2-х редких аллелей наблюдалась у 11 пациентов (44% пациентов), что значительно чаще, чем в группе больных с нормотонией ($p=0,0274$).

Такое учащение было ассоциировано с комбинацией генов FGB + PAI-1 у 3 (12%) пациентов, генов FGB + FV также у 3 (12%), генов FGB + ITGB3 – у 1(4%), генов PAI-1 + ITGB2 – у 2 (8%), генов PAI-1 + ITGB3 – у 1 (4%) и генов ITGB2 + ITGB3 – у 1 (4%) пациентов. В состав комбинаций у пациентов на фоне РАГ наиболее часто включались редкие аллели генов PAI-1 (12/48%), FGB (10/40%), ITGB3 (9/36%) и у 8/32% пациентов - полиморфные аллели гена ITGA2.

Анализ состава установленных комбинаций редких аллелей генов гемостаза показывает следующее:

Сочетание редких аллелей генов гемостаза, связанных исключительно с патологией тромбоцитов ITGA2 + ITGB3 не наблюдалось у пациентов с артериальной нормотонией, но имело место у 6 (24%) пациентов с РАГ, то есть, сочетание редких аллелей генов гемостаза, связанных исключительно с патологией тромбоцитов ITGA2 + ITGB3 наблюдалось чаще у пациентов с резистентной гипертензией ($p<0,05$).

Частота полиморфизма генов β -фибриногена (FGB) + протромбина (F2), которые в отдельности рассматриваются как часто встречаемые, взаимосвязанные с артериальной гипертензией и способствующие прогрессированию атероматоза аллели, была невысокой: 0 и 2 (8%), - соответственно в группе пациентов с артериальной нормотонией и РАГ.

Представляет особый интерес комбинация с неоднозначно интерпретируемой связью редких аллелей гена PAI-1 - 4G (серпин) и тромбоцитарного гена ITGA2 в развитии ишемического инсульта у молодых: установлено, что сочетание этих редких аллелей генов гемостаза в группах с артериальной нормотонией и РАГ наблюдалось соответственно в 0 и 7 (28%) случаях. Таким образом сочетание редких аллелей генов PAI-1 и ITGA2 наблюдается крайне редко в группе пациентов с артериальной нормотонией с ИИ, однако значительно чаще наблюдается у пациентов с резистентной артериальной гипертензией ($p<0,001$).

В связи с тем, что в данный раздел исследования включены пациенты с ишемическим инсультом на фоне резистентной к лечению артериальной гипертензии, важна оценка частоты и влияния комбинации редких аллелей генов гемостаза, которые способны снижать чувствительность к аспирину (ITGB3 – b интегрин) и способствуют развитию резистентности к физиологическому антикоагулянту протеину С (G>A гена FV), особенно у пациентов молодого возраста с ИИ.



Выводы. 1. У пациентов молодого и среднего возраста с ишемическим инсультом, минорные аллели изученных генов гемостаза чаще наблюдается на фоне сопутствующей резистентной артериальной гипертензии. У больных ишемическим инсультом на фоне резистентной артериальной гипертензии, учащение полиморфизма генов гемостаза, главным образом, обусловлено PAI-1:-675 5G>4G, ITGB3: 1565 T>C; учащением FGB: -455 G>A ($p>0,05$), а также ITGA2: 807 C>T. Комбинации 3-х (50%) и 2-х (76%) полиморфных аллелей генов гемостаза наблюдались на фоне РАГ.

2. Всем пациентам молодого и среднего возраста, включённым в группу высокого риска по развитию ОНМК или с развившимся первичным ишемическим инсультом необходимо проведение скрининга на наследственные тромбофилии, что может иметь значение для вторичной профилактики ишемических инсультов.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 4-Й СТАДИИ

Исомитдинов Н.М., Хошимова Г.Ж., Тошматова Ю.Ж.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В большинстве случаев диагноз «рак четвертой стадии» означает, что диагностирована злокачественная опухоль с отдаленными метастазами. В таких случаях шансы на наступление ремиссии стремятся к нулю. Тем не менее, пациенту всё еще можно помочь. В современном медицинском сообществе воспринимают рак на поздних стадиях как хроническое заболевание. Излечить пациента нельзя, но можно улучшить его общее состояние, купировать боль и другие симптомы, продлить жизнь: иногда речь идет о днях, а иногда о неделях, месяцах и даже годах.

Цель исследования. Улучшить **Результаты** лечения и качества жизни больных прогрессирующим раком 4- стадии путем оптимизации паллиативной и симптоматической терапии.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленную перед нами задачу, мы отобрали для обследования в общей сложности 54 пациента с диагнозом онкологическое заболевание 4-й стадии.

Результаты исследования. Оптимизация паллиативной и симптоматической терапии прогрессирующего Р4ст путем применения нового лечебного алгоритма, включающего в себя последовательное использование химиотерапии "спасения", паллиативной лучевой терапии и операции по срочным показаниям, иммунофитотерапии, улучшает качество жизни таких больных и увеличивает ее продолжительность.

Адекватная частота ответа и умеренная токсичность химиотерапии таблетированными цитостатиками (гексаленом и вепезидом) при прогрессирующем Р4ст, позволяет рекомендовать эти препараты для паллиативной химиотерапии "спасения", которая



увеличивает медиану выживаемости на 16,8 недель и достоверно улучшает качество жизни.

Проведение симптоматической терапии с иммунофитотерапией оправдано для больных прогрессирующим Р4ст после неэффективности химиотерапии различными препаратами при наличии выраженной экссудации (асцит или плеврит) и при невозможности использования других методов паллиативной помощи. Медиана выживаемости в этой группе увеличивается на 15 недель.

Применение лучевого метода с паллиативной прогрессированием РЯ и развитием химиорезистентности опухоли эффективно при правильном отборе больных и планировании методик облучения. Его применение дает объективный эффект у 60,7% больных и увеличивает медиану выживаемости на 23,9 недели.

Паллиативные операции при прогрессировании Р4ст должны выполняться при полной или частичной кишечной непроходимости или кровотечении из распадающейся опухоли. Эти операции позволяют улучшить качество жизни у 37,8% больных, дают возможность продолжить химиотерапию "спасения" и увеличивают продолжительность жизни на 33,6 недели.

Вывод. На основании результатов проведенного исследования разработаны научно обоснованные подходы по выбору тактики лечения для больных прогрессирующим раком яичников, выработан лечебный алгоритм. Даны рекомендации по паллиативному и симптоматическому лечению с **Целью** улучшения качества и продолжительности жизни больных с прогрессированием болезни. Анализ всех методов паллиативного и симптоматического лечения позволил рекомендовать выбор оптимального лечения, время для его применения и точную методику. Применение новых схем при платино-таксанорезистентных формах рака яичников позволило улучшить отдаленные **Результаты** лечения, а также качество жизни этой категории больных. Разработанные принципы и методики лечения прогрессирующего рака яичников могут широко применяться в клинической практике онкологических учреждений.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ IV СТАДИИ НА ЭТАПАХ ПАЛЛИАТИВНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Исомитдинов Н.М., Хошимова Г.Ж., Тошматова Ю.Ж.
Андижанский государственнқй медицинский институт

Введение. Большое количество исследований КЖ связано с лечением онкологических больных. На совместной конференции Национального института рака США (NCI) и Американского общества клинической онкологии (ASCO) в 1990 г.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



постулировано, что КЖ является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости, более важным, чем первичный опухолевый ответ.

В рамках этого определения качество жизни является основным ориентиром. Другие биологические исходы болезни и процесса лечения, как-то: ответ опухоли на лечение, длительность лечебного эффекта, токсичность — вторичны. Соответственно, оценка КЖ имеет определяющее значение при выборе программы лечения и всего комплекса мероприятий паллиативной помощи.

Традиционное медицинское заключение, сделанное врачом, и оценка КЖ, данная самим больным, составляют полную и объективную характеристику состояния здоровья больного. Качество жизни — это динамическое состояние, функция, изменяющаяся во времени, поэтому и оцениваться оно должно на определенном промежутке времени как меняющийся параметр, зависящий от вида и течения заболевания, процесса лечения и системы оказания медицинской помощи.

Цель исследования. Улучшить **Результаты** лечения и качества жизни больных прогрессирующим раком 4- стадии путем оптимизации паллиативной и симптоматической терапии.

Материалы и методы исследования. В клиническое исследование были включены 63 пациента раком IV стадии. Все пациенты находились на стационарном лечении в 2021-2023 гг. АООД. В исследование были включены больные с морфологически подтвержденным диагнозом рака желудка, ранее не подвергавшиеся противоопухолевому лечению.

Результаты исследования. В исследуемых группах было 47 (74,6%) мужчин и 16 (25,4%) женщин, средний возраст — 59 лет. По местной распространенности Р IV стадии (Т4Ы3Мц) установлен у 25 пациентов (39,7%). Среди них больные с распространенным процессом в желудке, с вовлечением смежных анатомических структур (показатель ТА), и метастатическим поражением лимфоколлекторов уровня N3. У 38 (60,3%) больных диагностированы отдаленные метастазы Мг В случае сочетания местнораспространенного процесса и отдаленного метастазирования пациенты включались в группу с Мг

В обеих группах больных первым этапом лечения была выполнена циторедуктивная операция. Далее, в основной группе вторым этапом лечения проводились курсы химиотерапии (ксе-лода, цисплатин в/брюшинно и в/в), с интервалом в 3 нед до появления признаков прогрессирования заболевания. В группе контроля после операции проводилась только симптоматическая терапия.

Инструментом для оценки КЖ больных на этапах проводимого лечения был модуль EORTC QLQ-C30, STO-22 version 3.0. В настоящее время модуль широко применяется в многоцентровых исследованиях в Европе, Канаде и ряде протоколов в США. Опросник высоко чувствителен и применим для оценки КЖ у больных независимо от типа онкологического заболевания. Модуль состоит из 52 вопросов, 5 функциональных шкал



(физическое, ролевое, когнитивное, эмоциональное и социальное благополучие), шкал симптоматики (слабость, тошнота/рвота, боль, потеря аппетита и др.), шкалы общей оценки здоровья и качества жизни. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладной программы Statistica 5.0.

Все больные заполняли анкету до начала лечения (первая контрольная точка), далее в основной группе — после операции и 2 курсов химиотерапии (ХТ) перед следующим 3-м курсом (вторая контрольная точка), затем перед 5-м и 7-м курсами ХТ (третья и четвертая контрольные точки) и после 8 курсов ХТ. Оценка КЖ среди больных контрольной группы проводилась хронологически в те же сроки, что и в основной, — через 3; 5,5; 7,5 и 10 мес после операции. Анкету пациенты заполняли самостоятельно, в случае необходимости — с помощью лечащих врачей. Выбор контрольных точек в основной группе определялся тем, что, по данным литературы, необходимой минимальной продолжительностью лечебного эффекта химиопрепаратов считают 4 нед и требуется как минимум 2 курса химиотерапии для оценки ее эффекта.

Вывод. Анализ всех методов паллиативного и симптоматического лечения позволил рекомендовать выбор оптимального лечения, время для его применения и точную методику. Применение новых схем при платино-таксанорезистентных формах рака яичников позволило улучшить отдаленные **Результаты** лечения, а также качество жизни этой категории больных. Разработанные принципы и методики лечения прогрессирующего рака яичников могут широко применяться в клинической практике онкологических учреждений.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ, ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ

Иткулов А.Ф.2, Тимербулатов М.В.1, Ахмадеева Л.Р.1

Ибатуллин А.А.1, Байков Д.Э.1

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава
России

Клиника ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Актуальность темы. В последние десятилетия отмечается тенденция к значительному увеличению числа пациентов, страдающих дивертикулярной болезнью ободочной кишки (ДБОК). Из-за отсутствия симптоматики действительную частоту ДБОК трудно определить. Для выявления дивертикулярной болезни используются инструментальные методы диагностики. Выбор оптимальной лечебной тактики напрямую зависит от точности информации, получаемой в процессе обследования пациента.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель исследования. Изучить возможность проведения перфузионной компьютерной томографии (ПКТ) у пациентов с различными поражениями стенки ободочной кишки, определение показателей капиллярного кровотока в норме, при воспалительных изменениях и неоплазиях. Полученная информация позволит более точно оценить выявленные изменения, скорректировать тактику проводимого лечения.

Материалы и методы исследования. Отобраны и проанализированы 57 пациентов с подозрением на ДБОК, госпитализированные на лечение в хирургическое отделение Клиники БГМУ и отделение колопроктологии ГКБ № 21 в период с 2017 по 2021 г. Всем пациентам были выполнены инструментальные методы диагностики: колоноскопия, УЗИ, КТ, ПКТ. Возраст пациентов составлял от 36 до 78 лет с ДБОК, осложненной дивертикулитом или злокачественными новообразованиями ободочной кишки. Из них лица мужского пола составили – 39,6%, женского – 60,4%. Исследования проводились на компьютерном томографе Optima CT 660 (GE) с количеством рядов детекторов 128 и толщиной среза 0,625 мм. Исследование выполнялось в два этапа. На первом этапе проводили безконтрастное исследование. Оценивали толщину, структуру стенки кишки, ее анатомическое расположение и взаимоотношение с прилежащими органами, оценивали паракишечную клетчатку, наличие лимфатических узлов. После выбора зоны поражения проводили второй этап – ПКТ. Изображения анализировали на рабочей станции Advantage Workstation с помощью приложения CT Perfusion 4D. Для анализа результатов наиболее информативными представлялись функциональные карты, определяющие следующие показатели: объем регионарного кровотока (Blood Volume - BV), среднего времени прохождения кровотока (Mean Transit Time - МТТ), скорости регионарного кровотока (Blood Flow - BF).

Результаты исследования. С учетом анализа всех полученных ПКТ-данных, результатов патоморфологического исследования были определены три группы пациентов. Первую группу составили пациенты 9 человек (15,8%) с низкой стенкой кишки. При анализе карт показатели перфузионного кровотока в этой группе характеризовались отсутствием зон гипо- и гиперперфузии и получили следующие значения: BF – $18,7 \pm 1,5$ (17,2-20,2) мл/100 г/мин; BV – $5,1 \pm 0,16$ (4,9-5,3) мл/100 г; МТТ – $2,3 \pm 0,7$ (1,6-3,0) с. Вторую группу составили 41 (71,9%) пациента с ДБОК, осложнённой дивертикулитом. При анализе карт в этой группе характеризовались умеренным повышением объема, скорости кровотока в сочетании с таким же повышением скорости прохождения контрастного вещества: BF $25,9 \pm 2,1$ (23,8-28,0) мл/100 г/мин; BV – $53,6 \pm 5,2$ (48,4-58,8) мл/100 г; МТТ – $7,2 \pm 1,7$ (5,5-8,9) с. Третью группу составили 7 (12,3%) пациентов со злокачественными образованиями. Показатели перфузионного кровотока в этой группе характеризовались значительным повышением объема, скорости кровотока и значительным возрастанием среднего времени прохождения контрастного вещества: BF $112,1 \pm 7,3$ (104,8-119,4) мл/100 г/мин; BV $78,1 \pm 3,9$ (74,2-82,0) мл/100 г; МТТ – $10,9 \pm 0,8$ (10,1-11,7) с.



Выводы: ПКТ может применяться в общем диагностическом алгоритме, с учетом данных ранее проведенных исследований – ирригография, УЗИ, КТ, МРТ. Методика способна регистрировать разницу показателей регионарного кровотока при воспалительных и неопластических процессах, что в свою очередь позволяет провести более точную дифференциальную диагностику одного заболевания от другого и, в конечном итоге, определить дальнейшую тактику проводимого лечения.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ COVID-19 ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Йулдашев Ш.Ш.1, Райимов Г.Н.2, Низомов Ё.У.1, Ахмадалиев Ш.2

1-Ферганский филиал РНЦЭМП

2-Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность. Новая коронавирусная инфекция SARS-CoV-2 в современном мире является эпидемически опасным заболеванием, которая за короткий срок распространилась по всему миру. Коронавирусы вызывают ряд различных заболеваний, начиная от обыкновенной простуды, заканчивая острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС). Развитие данного заболевания зависит от большого количества модифицируемых и немодифицируемых факторов риска. Но до сих пор, к сожалению, остаются неизвестными причины, которые приводят к тяжелому течению и, как следствие, неблагоприятному исходу данного заболевания. Изучение больных как выживших, так и умерших поможет эффективнее оказывать медицинскую помощь, предотвращать развитие тяжелого течения и смерть пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить истории болезни больных SARS-CoV-2 тяжелого течения и сделать соответствующие **Выводы.**

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследования проводились на базе Ферганского филиала РНЦЭМП, оно включало в себя ретроспективный анализ историй болезни отделения анестезиологии и реанимации за 2021 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Всего было проанализировано 280 историй болезни, из которых было 146 (52,1%) женщин и 134 (47,9%) мужчин. По возрасту исследуемые были разделены на 4 группы. Первая группа 18-29 лет: 25 человек (8,9%), из которых 15 мужчин и 10 женщин; вторая группа 30-46 лет: 45 человек (16%), из которых 25 мужчин и 20 женщин; третья группа 47-60 лет: 84 человека (30%), из которых 48 мужчин и 36 женщин; четвертая группа 61 лет и старше: 126 человек (45%), из которых 66 мужчин и 60 женщин. Истории болезней этих пациентов были исследованы на наличие трёх фоновых заболеваний – сахарный диабет, ожирение, гипертоническая болезнь. Полученные данные распределились следующим образом: сахарный диабет: 70 заболевших (26,6%); ожирение: 168 заболевших (60%); гипертоническая болезнь: 238 заболевших (85%);



отсутствие заболеваний: 33 заболевших (11,8%). На основании полученных данных – неблагоприятный исход (смерть) наблюдался в 79 (28,2%), благоприятный исход (выздоровление) – 201 (71,8%). Среди умерших пациентов 15 (5,3%) не имели исследуемых сопутствующих заболеваний, у 64 (22,9%) – они, соответственно присутствовали, а именно у 56 (20%) были все 3 заболевания, у 8 (2,9%) были ожирение и гипертоническая болезнь. Распределение смертности по возрасту составило: 18-30 лет: 6 человек (2,1%); 31-45 лет: 15 человек (5,3%); 46-60 лет: 20 человек (7,1%); 60 и старше: 38 человек (13,6%)

Выводы. Таким образом, половое различие между пациентами составляет 1,09%, что говорит скорее об отсутствии связи болезни с полом. Количество больных увеличивалось с возрастом пациентов, что говорит о взаимосвязи возраста и тяжести течения болезни. Самым распространенным заболеванием была гипертоническая болезнь, она, как и ожирение встречалась изолировано и в сочетании друг с другом или другим заболеванием, однако сахарный диабет не встречался отдельно ни у одного из пациентов. Смертность также увеличивалась вместе с возрастом пациентов, самая высокая смертность была в группе 60 лет и старше и составила 13,6% всех исследуемых, что говорит о высокой опасности вируса для пожилых людей, в частности.

Наш опыт хирургической стабилизации шейного отдела позвоночника.

Кадиоров А.А., Худайбердиев К.Т., Тохирова З.Ш., Мамадалиев А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность темы. Способы консервативной терапии при осложненной патологии шейного отдела позвоночника редко приводят к положительным результатам, сопровождаются большим количеством осложнений, высокой летальностью и инвалидизацией пациентов (Г.М. Кариев, 2021). Сложность надежной стабилизации шейного отдела позвоночника, обусловлена анатомо-физиологическими особенностями строения и большой функциональной нагрузкой данного отдела (К.Т. Худайбердиев, 2019). Проблема надежной фиксации, связанная с выбором материала для переднего спондилодеза.

Целью исследования было повышение эффективности передней стабилизации шейного отдела позвоночника путем оптимизации переднего межтелового спондилодеза на основе использования имплантатов из никелид титана различной конструкции.

Материал и методы исследования. В настоящем исследовании изучению и анализу подвергнуты 34 больных, которые были оперированы на шейном отделе позвоночника по поводу позвоночно-спинномозговой травмы – 21 (59,8%) и дегенеративно-дистрофического поражения – 13 (40,2%). Больные находились на обследовании и лечении в Андижанском филиале Республиканского научного медицинского центра экстренной медицинской помощи в период с 2021 по 2022 гг.



Результаты исследования и их обсуждение. По данным нашего исследования, из 10 пациентов, которым вентральную стабилизацию осуществляли углеродными имплантатами, ранние послеоперационные осложнения возникли у 2 (37,3%) больных и распределились следующим образом: миграция трансплантата - 2 (37,3% от всех осложнений), трофические нарушения (пролежни) - 3 (42,1% от всех осложнений) и пневмонии - 2 от всех осложнений.

Результаты передней стабилизации статическими имплантатами из пористого никелида титана были заметно лучше. По нашим данным, в раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 5 больных из 10 оперированных по данной методике и распределились следующим образом: трофические нарушения (пролежни) в 2 случаях, у 3 - эндобронхиты. В одном случае после замещения тела разрушенного позвонка имело место интеркорпоральное внедрение имплантата, что связано с резекцией замыкательных пластинок тел смежных позвонков.

Летальность при использовании углеродных имплантатов составила 10%, а при применении имплантатов из пористого никелида титана - 0,6%.

Уменьшение средних сроков пребывания больных в стационаре при применении для передней стабилизации имплантатов из пористого никелида титана обусловлено меньшим числом послеоперационных осложнений, ранней активизацией больных и более быстрым регрессом обратимых неврологических нарушений. При использовании углеродных трансплантатов для передней стабилизации шейного отдела позвоночника средний срок пребывания больного в стационаре составил $38,3 \pm 1,3$ дня, т.е. в 1,5 раза выше, чем при использовании имплантатов из пористого никелида титана.

Вывод. Передний спондилодез статическими имплантатами из никелида титана у больных с осложненной травмой шейного отдела позвоночника обеспечивает достаточно надежную стабилизацию позвоночного сегмента, не требует дополнительной внешней иммобилизации, облегчает проведение реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном периоде и в 1,5 раза сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

ОСОБЕННОСТИ КОЛЕБАНИЙ БАРОМЕТРИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ ПО СЕЗОНАМ ГОДА И ЕЕ СВЯЗЬ С НЕОТЛОЖНЫМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

Каландаров Д.М., Мамасолиев Н.С., Содикова Д.Т., Каландарова М.,
Усмонов Б.У.

Андижанский Государственный медицинский институт

В ходе проспективного клиникометеорологического исследования (анализировано 11504 случаев неотложных терапевтических состояний) изучалась амплитуда колебаний барометрического давления по сезонам года и ее связь с неотложными



терапевтическими состояниями (астматическое состояние, тяжелые формы острых пневмоний).

Как видно из нашего анализа, амплитуда колебаний барометрического давления (1-6 мб) по сезонам года распределялась следующим образом: зимой - 222 и 226, весной – 224 и 227, летом – 255 и 261 и осенью – 237 и 238 соответственно 1-го и 2-го года обследований. Отмечены прямые сильные коррелятивные связи у больных неотложными терапевтическими состояниями при колебании барометрического давления как в сторону понижения (+0,963 и +0,974 соответственно при 1-м и 2-м годах обследования), так и в сторону повышения (+0,965 и +0,978, $P < 0,01$). Наибольшее число случаев отмечено при амплитуде колебаний от 1 до 6 мб.

В целом, можно отметить следующее: 1) наибольшее число неотложных терапевтических состояний наблюдается весной, зимой и летом, 2) наибольшее число указанных ситуаций наблюдается при высоких показателях барометрического давления (от 951 до 965 мб) и при его колебаниях от 1 до 6 мб.

Следовательно, при организации лечения и профилактики неотложных терапевтических ситуаций следует учитывать полученные **Результаты** и их следует внедрять к использованию в практике.

ПРОБЛЕМА ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Калачева Э.И., Байков Д.Э., Ахмадеева Л.Р.

Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность исследования. В диагностике новообразований предстательной железы магнитно-резонансная томография (далее МРТ) играет ключевую роль, однако, в клинической практике существуют ситуации, в которых проведение МРТ не представляется возможным, по причине наличия противопоказаний. Хорошо известны причины, по которым пациент не может быть допущен к МРТ-исследованиям. Вместе с тем, в отечественной литературе не обнаружено каких либо публикаций по данному вопросу.

Цель работы: провести анализ распространенности противопоказаний к МРТ среди пациентов.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования были изучены данные лаборатории рентгеновской компьютерной и МРТ Клиники БГМУ за 2019-2021 год на предмет невозможности проведения МРТ пациентам, ввиду наличия у них абсолютных противопоказаний. Для определения противопоказаний к МРТ использовалась анкета-опросник, которая включала в себя следующие вопросы:



- наличие имплантируемых медицинских устройств: кардиостимуляторов, клапанов сердца, инфузионных помп и др.;
- наличие металлических объектов в теле: пуль, осколков и т.п.;
- сведения о ранее проводимых МРТ-исследованиях и их переносимость.

В случае положительных ответов на вопросы о наличии металлических имплантов у пациентов запрашивались документы, подтверждающие их МРТ-совместимость. Без указанных документов пациенты на исследование не принимались.

При отсутствии указаний пациентом на наличие металлических имплантов после опроса производилась проверка пациентов с помощью переносного металлодетектора. В случае положительного сигнала металлодетектора – пациент на исследование не принимался.

Клаустрофобия выявлялась непосредственно в ходе исследования: пациенты, страдающие клаустрофобией отказывались от процедуры либо до, либо во время ее проведения.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что общее количество пациентов, имевших абсолютные противопоказания к МРТ в 2019 году, составило 4,36%, в 2020 – 4,40%, в 2021 – 4,37%. Применительно к пациентам с новообразованиями предстательной железы, выявлено, что среди данной категории число лиц, имевших абсолютные противопоказания к МРТ составило в 2019 году 4,86%, в 2020 – 4,88%, в 2021 – 4,86%. Более высокая доля лиц, имеющих противопоказания к МРТ связано с тем, что новообразования простаты встречаются преимущественно у старших возрастных групп.

Согласно представленным статистическим данным число пациентов, имеющих противопоказания к проведению МРТ, является стабильным и составляет свыше 4% от общего числа лиц, явившихся на исследование. Предполагается, что реальное количество таких пациентов выше, поскольку часть из них исключается лечащим врачом на стадии выбора метода исследования.

Согласно приведенным данным, основными противопоказаниями к проведению МРТ является наличие магнитных металлических имплантов, в т.ч. имплантов, магнитные свойства которых установить не представляется возможным (52,5%). Высока доля пациентов с клаустрофобией, которая согласно литературным данным может достигать от 4 до 20 % [2]. Если проблема клаустрофобии в некоторых случаях решается проведением исследования в магнитно-резонансных томографах открытого типа, то решение проблемы МРТ-диагностики у пациентов, имеющих инородные металлические тела в организме, видится в применении и совершенствовании иных методов исследования.

Выводы

На основании вышеизложенного можно сделать **Вывод**, что количество пациентов с новообразованиями простаты, имеющих противопоказания к МРТ значительно. В связи с вышесказанным, перед рентгенологами стоит задача по поиску альтернативных методов



диагностики, в том числе и в тех областях клинической медицины, где МРТ является «золотым стандартом».

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Калачева Э.И., Байков Д.Э., Ахмадеева Л.Р.

Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность темы. В диагностике новообразований предстательной железы магнитно-резонансная томография (далее МРТ) играет ключевую роль, однако, в клинической практике существуют ситуации, в которых проведение МРТ не представляется возможным, по причине наличия противопоказаний. Хорошо известны причины, по которым пациент не может быть допущен к МРТ-исследованиям. Вместе с тем, в отечественной литературе не обнаружено каких либо публикаций по данному вопросу.

Цель исследования: провести анализ распространенности противопоказаний к МРТ среди пациентов.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования были изучены данные лаборатории рентгеновской компьютерной и МРТ Клиники БГМУ за 2019-2021 год на предмет невозможности проведения МРТ пациентам, ввиду наличия у них абсолютных противопоказаний. Для определения противопоказаний к МРТ использовалась анкета-опросник, которая включала в себя следующие вопросы:

- наличие имплантируемых медицинских устройств: кардиостимуляторов, клапанов сердца, инфузионных помп и др.;
- наличие металлических объектов в теле: пуль, осколков и т.п.;
- сведения о ранее проводимых МРТ-исследованиях и их переносимость.

В случае положительных ответов на вопросы о наличии металлических имплантов у пациентов запрашивались документы, подтверждающие их МРТ-совместимость. Без указанных документов пациенты на исследование не принимались.

При отсутствии указаний пациентом на наличие металлических имплантов после опроса производилась проверка пациентов с помощью переносного металлодетектора. В случае положительного сигнала металлодетектора – пациент на исследование не принимался.

Клаустрофобия выявлялась непосредственно в ходе исследования: пациенты, страдающие клаустрофобией отказывались от процедуры либо до, либо во время ее проведения.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что общее количество пациентов, имевших абсолютные противопоказания к МРТ в 2019 году, составило 4,36%, в 2020 – 4,40%, в 2021 – 4,37%. Применительно к пациентам с



новообразованиями предстательной железы, выявлено, что среди данной категории число лиц, имевших абсолютные противопоказания к МРТ составило в 2019 году 4,86%, в 2020 – 4,88%, в 2021 – 4,86%. Более высокая доля лиц, имеющих противопоказания к МРТ связано с тем, что новообразования простаты встречаются преимущественно у старших возрастных групп.

Согласно представленным статистическим данным число пациентов, имеющих противопоказания к проведению МРТ, является стабильным и составляет свыше 4% от общего числа лиц, явившихся на исследование. Предполагается, что реальное количество таких пациентов выше, поскольку часть из них исключается лечащим врачом на стадии выбора метода исследования.

Согласно приведенным данным, основными противопоказаниями к проведению МРТ является наличие магнитных металлических имплантов, в т.ч. имплантов, магнитные свойства которых установить не представляется возможным (52,5%). Высока доля пациентов с клаустрофобией, которая согласно литературным данным может достигать от 4 до 20 %. Если проблема клаустрофобии в некоторых случаях решается проведением исследования в магнитно-резонансных томографах открытого типа, то решение проблемы МРТ-диагностики у пациентов, имеющих инородные металлические тела в организме, видится в применении и совершенствовании иных методов исследования.

Вывод. На основании вышеизложенного можно сделать **Вывод**, что количество пациентов с новообразованиями простаты, имеющих противопоказания к МРТ значительно. В связи с вышесказанным, перед рентгенологами стоит задача по поиску альтернативных методов диагностики, в том числе и в тех областях клинической медицины, где МРТ является «золотым стандартом».

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, НАПРАВЛЯЕМЫХ НА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНУЮ ТОМОГРАФИЮ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОБЛЕМЫ.

Эльвира И.К.

врач-рентгенолог рентгеновского отделения клиники БГМУ, аспирант кафедры общей хирургии с курсами трансплантологии и лучевой диагностики ИДПО БГМУ

На основании исследования статистической отчетности клиники БГМУ за три года изучена структура и распространенность противопоказаний среди пациентов, направляемых на магнитно-резонансную томографию, а также выдвинуты предположения о дальнейшей перспективе данной проблемы.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) является современным методом диагностики различных заболеваний, однако, в клинической практике существуют ситуации, в которых проведение МРТ не представляется возможным, по причине наличия



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



противопоказаний. Хорошо известны причины, по которым пациент не может быть допущен к МРТ-исследованиям. Вместе с тем, в отечественной литературе не обнаружено каких либо публикаций, освещающих вопросы статистики: долю пациентов, которым противопоказано проведение МРТ.

Цель работы: провести анализ распространенности противопоказаний к МРТ среди пациентов.

В ходе исследования были изучены данные лаборатории рентгеновской компьютерной и МРТ Клиники БГМУ за 2019-2021 год на предмет невозможности проведения МРТ пациентам, ввиду наличия у них абсолютных противопоказаний. Для определения противопоказаний к МРТ использовалась анкета-опросник, которая включала в себя следующие вопросы:

- наличие имплантируемых медицинских устройств: кардиостимуляторов, клапанов сердца, инфузионных помп и др.;
- наличие металлических объектов в теле: пуль, осколков и т.п.;
- сведения о ранее проводимых МРТ-исследованиях и их переносимость.

В случае положительных ответов на вопросы о наличии металлических имплантов у пациентов запрашивались документы, подтверждающие их МРТ-совместимость. Без указанных документов пациенты на исследование не принимались.

При отсутствии указаний пациентом на наличие металлических имплантов после опроса производилась проверка пациентов с помощью переносного металлодетектора. В случае положительного сигнала металлодетектора – пациент на исследование не принимался.

Клаустрофобия выявлялась непосредственно в ходе исследования: пациенты, страдающие клаустрофобией отказывались от процедуры либо до, либо во время ее проведения.

В ходе исследования установлено, что в количество пациентов, имевших абсолютные противопоказания к МРТ в 2019 году, составило 4,36%, в 2020 – 4,40%, в 2021 – 4,37%.

Согласно представленным статистическим данным число пациентов, имеющих противопоказания к проведению МРТ, является стабильным и составляет свыше 4% от общего числа лиц, явившихся на исследование. Предполагается, что реальное количество таких пациентов выше, поскольку часть из них исключается лечащим врачом на стадии выбора метода исследования.

Согласно приведенным данным, основными противопоказаниями к проведению МРТ является наличие магнитных металлических имплантов, в т.ч. имплантов, магнитные свойства которых установить не представляется возможным (52,5%). Высока доля пациентов с клаустрофобией, которая согласно литературным данным может достигать от 4 до 20 % [2]. Если проблема клаустрофобии в некоторых случаях решается проведением исследования в магнитно-резонансных томографах открытого типа, то решение проблемы МРТ-диагностики у пациентов, имеющих инородные металлические тела в организме, видится в применении и совершенствовании иных методов исследования.



На основании вышеизложенного можно сделать **Вывод**, что количество пациентов, имеющих противопоказания к МРТ значительно. В связи с вышесказанным, перед рентгенологами стоит задача по поиску альтернативных методов диагностики, в том числе и в тех областях клинической медицины, где МРТ является «золотым стандартом».

ПРИМЕР ИЗУЧЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

**Кандилбеков Д., Авазбеков Б., Кодирова Г.И.,
Андижанский Государственный медицинский институт**

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее частой аритмией, встречающейся в клинической практике. ФП ассоциируется с повышенным риском смерти, инсульта и частоты госпитализации больных. Лечение ФП у больных - актуальная проблема в настоящее время.

Радиочастотная абляция (РЧА) — сравнительно недавно предложенный Haissaguerre M. и Rappole C. метод лечения ФП - базируется на изоляции триггерных источников аритмии по периметру ЛВ.

Цель исследования: изучить отдаленные **Результаты** РЧА ЛВ у больных с ФП, определить факторы, предсказывающие эффективность эндоваскулярного вмешательства.

Материалы и методы исследования. Всем больным, включенным в исследование, проводилось общеклиническое обследование сбор анамнеза заболевания, физикальные методы исследования, лабораторные методы исследования и специальные методы в данной работе исследования: ЭКГ 12, суточное холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография.

Результаты исследования: отсутствие рецидива аритмии в течение 12 месяцев наблюдения регистрировалось у 67,6% больных в группе РЧА. Повторные РЧА по поводу рецидива аритмии выполнялись у 8% больных. При сравнительной оценке данных до вмешательства и через 12 месяцев после РЧА выявлены различия средних показателей ФВ ЛЖ ($42,5 \pm 7,81$ и $55,7 \pm 6,2\%$ соответственно; $p < 0,001$), передне-заднего размера ($4,54 \pm 0,42$ и $4,4 \pm 0,42$ см; $p = 0,01$) и объема ($102,8 \pm 20,23$ и $85,4 \pm 12,5$ мл; $p = 0,01$) левого предсердия, теста 6-минутной ходьбы ($321,5 \pm 124,9$ и $330,82 \pm 126,9$ м; $p = 0,005$), показателей психического ($38,36 \pm 2,55$ и $47,22 \pm 5,52$; $p = 0,001$) и физического ($42,5 \pm 6,21$ и $49,45 \pm 9,4$ соответственно; $p = 0,05$) компонентов здоровья по данным опроса. В группе медикаментозного контроля сердечного ритма через 12 месяцев наблюдались различия средних значений лишь для теста 6-минутной ходьбы ($308,3 \pm 90,5$ и $325,9 \pm 110,8$ м; $p < 0,001$) и показателей психического ($37,4 \pm 3,85$ и $45,3 \pm 4,5$; $p = 0,005$) и физического ($40,3 \pm 4,48$ и $46,55 \pm 7,5$; $p = 0,01$) компонентов здоровья по данным опросника SF-36.



Выводы: у больных с ФП и ХСН с промежуточной и сниженной ФВ ЛЖ восстановление и сохранение синусового ритма с помощью РЧА сопровождалось увеличением ФВ ЛЖ, обратным ремоделированием левого предсердия, улучшением качества жизни. В группе медикаментозной терапии отмечалась меньшая частота сохранения синусового ритма в течение периода наблюдения, положительная динамика показателей переносимости физической нагрузки и качества жизни.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ

Карабаева Ф.У

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются причиной 38% всех случаев смерти в Северной Америке и самой частой причиной смерти европейских мужчин в возрасте менее чем 65 лет, и второй по частоте причиной смерти у женщин. Оценка и модификация корректируемых факторов риска ССЗ эффективно уменьшает риск сердечно-сосудистых событий. Метаболический синдром (МС), также известный как синдром X или синдром инсулинорезистентности, является сочетанием различных расстройств обмена веществ, каждое из которых является независимым фактором риска для ССЗ. Наличие МС связано с повышенным риском ССЗ и сахарным диабетом 2 типа. Идентификация МС в комбинации с оценкой 10-летнего риска ССЗ может использоваться для выделения групп пациентов, которые нуждаются не только в модификации образа жизни, но и требуют специфической медикаментозной терапии. Ревматологические пациенты с хроническими воспалительными заболеваниями имеют высокий риск ССЗ, а также более высокую заболеваемость и смертность от них. МС может обеспечивать дополнительную связь между ускоренным атеросклерозом и воспалением при этих заболеваниях.

Цель исследования. Изучить особенности течения подагры в сочетании с метаболическим синдромом и оценить влияние комплексного терапевтического подхода на течение суставного синдрома и динамику риска сердечно - сосудистых заболеваний.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 86 пациентов. 1-ю группу составили 56 больных с первичной хронической подагрой, диагностированной на основании классификационных критериев S. WaUase и соавт., и МС; 2-ю группу — 30 больных с МС без подагры и другого иммуно-воспалительного процесса.



Результаты исследования. Сочетание метаболического синдрома и подагры способствует более раннему дебюту заболевания и достоверно увеличивает частоту и длительность обострений.

Наиболее часто у больных подагрой в сочетании с метаболическим синдромом выявляется повышение уровня триглицеридов, имеющее прямую корреляцию с сывороточной концентрацией мочевой кислоты и высокочувствительным С - реактивным белком, а также снижение показателей холестерина липопротеидов высокой плотности, имеющее отрицательную корреляционную связь с высокочувствительным С - реактивным белком.

Для пациентов с подагрой, вне зависимости от метаболического синдрома, характерен высокий риск сердечно - сосудистых заболеваний по оценочным шкалам: 8СОКЕ-6,42, Р1ЮСАМ-13,2.

Шкала Р1ЮСАМ является более адекватной для оценки риска у пациентов с подагрой и метаболическим синдромом, так как учитывает параметры, вносящие максимальный вклад в суммарный риск сердечно - сосудистых заболеваний и имеет статистически значимые корреляции со значениями холестерина липопротеинов низкой плотности ($R = 0,55$, $p < 0,001$), общим холестерином ($R = 0,36$, $p < 0,01$) и триглицеридами ($R = 0,33$, $p < 0,01$).

Вывод. Полученные **Результаты** свидетельствуют о необходимости активной оценки параметров метаболического синдрома у пациентов с подагрой, обязательного определения уровня высокочувствительного С - реактивного белка и расчета суммарного риска сердечно - сосудистых заболеваний по шкале Р1ЮСАМ, что позволит выработать комплексный и индивидуальный подход к терапии подагры с **Целью** улучшения качества и продолжительности жизни больного.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Карабоев Б.Б., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х.

Андижанский Государственный медицинский институт

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность: «Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) считается одним из самых распространенных заболеваний в мире и в среднем верифицируется у 5-10% людей в общей популяции населения». За последние десятилетия достигнуты определенные успехи в лечении этой патологии, однако даже «несмотря на резкое снижение заболеваемости, частоты госпитализации и смертности, различные осложнения все еще встречаются у 10–20% пациентов с язвенной болезнью. Среди всех осложнений гастродуоденальных язв на сегодняшний день наиболее



распространенным является кровотечение, ежегодная частота которого колеблется в общей популяции в диапазоне от 0,02 до 0,06% с показателем 30-дневной смертности до 8,6%». В лечении этой категории пациентов задействуются специалисты различного профиля, включая хирургов, гастроэнтерологов и реаниматологов, в свою очередь основной диагностический приоритет отводится эндоскопической службе. Именно эндоскопическое вмешательство обеспечивает не только топическую диагностику кровотечения язвенной этиологии, но и в большинстве случаев является первичным методом его лечения. «В настоящий период эндоскопические вмешательства позволяют выполнить различные варианты гемостаза, включая химический, механический и физический методы. Выбор того или иного способа зависит от таких факторов как опыт эндоскописта, оснащение специализированными расходными материалами и др.».

Успехи в лекарственном лечении язвенной болезни не позволили устранить грозные осложнения этого заболевания (кровотечение, перфорация, стеноз). Лечение язвенных кровотечений остается актуальной проблемой хирургии.

Цель исследования: оценить **Результаты** лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенного происхождения.

Материалы и методы. Нами анализируются истории болезней 112 больных с язвенными кровотечениями, госпитализированных в хирургические отделения РНЦЭМП Андижанского филиала течение года (2018 г., 2019 г.).

Результаты. Язвы желудочной локализации установлены у 62 (55,3%), дуоденальные язвы – у 50 (54,7%). Преобладали мужчины – 70 (62,5%). Возраст больных варьировал от 23 до 72 лет: до 30 лет – 20 (17,8%); 31-45 лет – 48 (42,8%); 46-60 лет – 32 (28,5%); старше 60 лет – 16 (14,2%). Эти цифры свидетельствуют о том, что кровотечение из язв может иметь место в любой возрастной группе (1,2), однако преобладают больные в возрасте от 30 до 60 лет – 71,3%. У 96 (85,7%) больных госпитализация выполнена впервые, большинство больных не предполагали у них наличия язвы. Повторная госпитализация имела место у 16 (14,2%) больных. Сроки госпитализации от момента кровотечения варьировали в широких пределах: до 3-х часов – 24 (21,4%), через 3-7 часов – 31 (27,7%), от 7 до 24 часов – 27 (24,1%), позднее 24 часов – 30 (26, 8%). Этиологические причины язвообразования: хеликобактерная инфекция у 43 (38,5%), прием НПВС – 34 (30,3%), вредные привычки – 28 (25,0%), у 7 (6,2%) больных генез язвы не установлен (3,4). Геморрагический шок установлен у всех госпитализированных больных: I степень – у 37 (33%), II степень – у 49 (43,8%), III степень – у 26 (23,2%). Экстренная ФЭГДС выполнена 106 (94,6%) больным. У 6 больных, поступивших в терминальном состоянии, ФЭГДС не производилась, эти больные умерли в первые 2 часа после госпитализации. По эндоскопической классификации Forrest установлена следующая активность кровотечения: Forrest 1 а – 18(17,0%), Forrest 1 в – 23(21,8%), Forrest 2 а – у 36 (33,9%), Forrest 2 в – 19 (17,9%), Forrest 2 с – 10 (9,5%).

В лечении больных с острыми язвенными кровотечениями предпочтение отдавалось эндоскопическим приемам гемостаза: клипирование сосуда в язве выполнено у 41



(38,6%) больного, обкалывание этанолом – у 28 (26,3%), аппликация гемостатического препарата – у 20 (18,8%). При безуспешности в достижении стойкого эндоскопического гемостаза выполнялись оперативные вмешательства в объеме органосохраняющего вмешательства: прошивание сосуда в язве – у 13 больных, иссечение язвы с ушиванием дырчатого дефекта в стенке органа – 12. Резекция желудка на высоте кровотечения выполнена у одного больного в период ночного дежурства с благоприятным исходом. Все больные получали гемостатическую, антисекреторную, общеукрепляющую терапию, проводилась коррекция постгеморрагической анемии. Послеоперационная летальность составила 1,8% (умерли 2 больных); общая летальность составила 7,1% (умерли 8 больных).

Выводы

1. Лечение больных с острыми язвенными кровотечениями является комплексным.
2. Ведущим методом гемостаза является использование эндоскопических приемов (клипирование, обкалывание, аппликация гемостатического препарата).
3. Оперативные вмешательства выполняются только при безуспешности эндоскопического гемостаза.
4. Оперативное вмешательство преимущественно должно выполняться в объеме жизнеобеспечения (прошивание сосуда в язве).

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИСТОЧНИКОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Карабоев Б.Б., Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х.

Андижанский Государственный медицинский институт

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Аннотация. Работа посвящена проблеме своевременной диагностики кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Анализируются факторы, влияющие на проведение экстренной фиброгастродуоденоскопии и её достоверность, отмечаются возможные пути решения выявленных проблем.

Актуальность исследования. Проблема кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта не теряет своей актуальности. Количество пациентов с рассматриваемой патологией остаётся значительным, а своевременная и качественная диагностика – затруднительной. Именно анализ объективных и субъективных факторов, обуславливающих проблемы диагностики, был положен в основу нашего исследования.

Цель исследования: выявить особенности экстренных эндоскопических исследований у больных с кровотечениями и проанализировать факторы, влияющие на качество и своевременность установления диагноза.



Материалы и методы. Материалом исследования стали экстренных фиброгастродуоденоскопий поступившие в приёмное отделение в РНЦЭМП Андижанского филиала за 2019 году. Все эти пациенты были направлены в эндоскопический кабинет после осмотра хирурга приёмного покоя с предварительным диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение». Выполнялась фиброгастродуоденоскопия с помощью видеогастроскопа фирмы «Olympus».

Результаты исследования. При проведении 608 исследований были получены следующие **Результаты.** В 361 случае (59,4%) выявлены признаки состоявшегося или продолжающегося кровотечения, в 171 случае (28,1%) признаков кровотечения не было, в 76 случаях (12,5%) произвести исследование фактически не удалось. Последняя категория включала в себя 20 случаев (3,3%) отказа больного от исследования, 16 случаев (2,6%) отказа эндоскописта, 27 случаев (4,4%), когда пациент самовольно выдернул эндоскоп и 13 случаев (2,1%), когда эндоскоп не удалось ввести. В ситуации выявления признаков кровотечения имело место 17 случаев (2,8%) прекращения исследования из-за возникновения рвоты кровью, в 55 случаях (9,0%) не удалось выявить источник кровотечения из-за наличия в желудке большого количества содержимого. В 28,1% исследований признаков кровотечения выявлено не было. 3,3% пациентов отказались от исследования, будучи доставленными в кабинет эндоскопии. В данной ситуации мы, вероятно, видим некоторую недоработку со стороны сотрудников приёмного покоя. Эту цифру вполне можно уменьшить до нуля путём тщательного объяснения характера, особенностей и необходимости предстоящей пациенту процедуры. В 2,6% случаев сам эндоскопист отказался от выполнения ФГДС, собрав анамнестические данные (состояние алкогольного опьянения, пациенты, только что принимавшие пищу или воду). Взгляд на данную категорию скорее всего должен быть двойственным. С одной стороны, приёмный покой должен оценивать риски и целесообразность проведения ФГДС и самостоятельно отсеивать подобных больных. С другой стороны, эндоскопист, вероятно, не должен отменять назначенные исследования, так как не он несёт всю полноту ответственности за пациента, а доктора приёмного покоя и хирургического отделения. Интересно отметить, что все случаи отказа от выполнения ФГДС приходятся на наиболее опытных и авторитетных врачей отделения, только они могут позволить себе данный алгоритм действий. В 4,4% случаев пациент самовольно выдернул эндоскоп во время исследования. Это довольно опасная ситуация чреватая травмированием больного и поломкой дорогостоящего эндоскопического оборудования. Борьба с данным явлением сложна и заключается в психологической подготовке пациента к исследованию, подробном разъяснении ему особенностей предстоящей процедуры и в отсеиве неадекватных и возбуждённых пациентов. В 2,1% случаев эндоскоп не удалось ввести. Причиной этого явления в подавляющем большинстве случаев также являются поведенческие реакции – невыполнение пациентом команд или активное сопротивление. Необходимо отметить, что корреляция между опытом эндоскописта (стажем работы) и числом подобных заключений не выявлено. Как и в предыдущей

ситуации здесь важна подготовка пациента, грамотный разговор с ним. В 2,8% случаев у пациента возникла рвота кровью или желудочным содержимым во время исследования. Данная ситуация таит в себе опасность аспирации, асфиксии. Подобных исходов можно было бы избежать в случае поголовной постановки пациентам перед экстренной ФГДС желудочного зонда. В 9,0% случаев не удалось выявить источник кровотечения из-за наличия в желудке большого количества содержимого. В принципе, для экстренной эндоскопии у неподготовленного больного это можно было бы рассматривать как естественное и неизбежное явление. Однако анализ показал, что около 50% подобных заключений пришлось на одного и того же эндоскописта, а оставшиеся 50% равномерно распределяются на 6 других врачей. Вероятно, обнаружив в желудке большое количество содержимого, некоторые врачи не пытаются исследовать даже доступные для осмотра зоны. Следовательно, для снижения числа подобных заключений помимо подготовки самого больного необходима ещё и ориентация эндоскописта на активный целенаправленный поиск источника кровотечения даже в неблагоприятных условиях.

Выводы

1. В 28,1% случаев у пациентов с направительным диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение» признаков кровотечения не обнаруживается, что свидетельствует о несовершенстве системы установления показаний к экстренной фиброгастродуоденоскопии.
2. Перед экстренной фиброгастродуоденоскопией пациент нуждается в подготовке в виде постановки желудочного зонда, тщательного объяснения характера, особенностей, необходимости предстоящей процедуры.
3. Эндоскопист должен быть ориентирован на активный целенаправленный поиск источника кровотечения даже в неблагоприятных условиях, типичных для экстренной фиброгастродуоденоскопии.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

**Каримов А.Х., Аграновский М.Л., Солиев Д.М., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Одной из частных форм наркоманий является опиная (опиоидная) наркомания — заболевание, развивающееся в результате употребления опиатов (опиоидов) и формирования наркотической зависимости.

В последние годы стала заметно прослеживаться тенденция к разграничению используемых фармакологами и наркологами понятий «опиная наркомания» и «опиоидная наркомания». Понятие «опиаты» обычно включает наркотические вещества природного происхождения, полученные из растительного сырья (снотворного мака — *Papaver somniferum*), в том числе как отдельные алкалоиды этого растения, так и первично



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



обработанные растительные продукты, содержащие смесь алкалоидов (специальным образом кустарно обработанный и готовый для употребления опий-сырец — так называемый ацелированный опий). Полученные искусственным (полусинтетическим или синтетическим) путем сходные по фармакологическому действию с опиатами вещества обозначают термином «опиоиды».

Опийные вещества подразделяются по происхождению: природные, полусинтетические, синтетические, а также по типу их фармакологического действия: полные и частичные агонисты опиоидных рецепторов, антагонисты и препараты смешанного (агонист-антагонистического) действия.

Цель исследования. Изучить клинической особенности опийной интоксикации.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленных цели было проведено обследование 42 больных с перенесших опийную интоксикацию.

Результаты исследования. Парентеральное **Введение** препарата вызывает анальгезию, безразличие к боли, сонливость, чувство теплоты, тяжести в конечностях и сухости во рту, Как правило ощущается эйфория («приход»),возникающая вскоре после в/в введения и длящаяся 10-30 минут; затем доминирует седативный эффект («волокуша»). Первые приёмы могут сопровождаться дисфорическим оттенком аффекта, тошнотой и рвотой.

Анальгетический эффект достигает максимума через 20 минут после в/в введения, примерно через 50-60 минут после п/к и длится 4-6 часов в зависимости от типа препарата, дозы и стажа употребления. Может отмечаться гиперемия и зуд кожных покровов, в особенности носа. Отмечается сужение зрачка, спазм гладкой мускулатуры(включая мочеточник и желчные пути) запоры.

Передозировка сопровождается замедлением дыхания, брадикардией, снижением реакции на внешние раздражители, понижением температуры и давления крови. Опиоиды подавляют функцию дыхательного центра в стволе мозга(этот эффект потенцируется фенотиазинами и ингибиторами MAO). Смерть при передозировке, как правило, связана с остановкой дыхания, Классическая триада передозировки опиатов: кома, зрачки типа «булавочной головки» и подавление дыхания. Передозировка обычно происходит случайно и может потребовать экстренного медицинского вмешательства, Среди причин – ошибка в дозировке либо нерегулярное использование препарата, в связи с чем пациент может утратить прежнюю толерантность. Часто передозировку вызывает сочетание героина с другими препаратами, угнетающими ЦНС, например, алкоголем или седативно-гипнотическими средствами. Клинически симптомы включают выраженный миоз, угнетение дыхания, угнетение деятельности ЦНС. Лечение включает срочную госпитализацию в отделение интенсивной терапии, проведение симптоматической терапии по поддержанию жизненно важных функций и срочное

Введение антагониста опиатов – налоксона (налорфина). Сразу вводится 0,8 мг в/в, если через 15 минут нет эффекта - вводят 1,6мг и оценивают эффект через 15 минут. При



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



отсутствии эффекта ещё вводят 3,2 мг, затем при достижении желаемого результата необходимо вводить налоксон 0,4 мг каждый час. Следует помнить, что налоксон имеет короткий период полувыведения, поэтому его нужно применять постоянно до полного выведения опиатов (например, метадон до 3-х суток). Необходимо учитывать возможность передозировки несколькими препаратами.

При регулярном употреблении опиатов быстро возникает выраженная психическая и физическая зависимость с тяжелыми явлениями при отмене наркотиков (абстинентный синдром), высокая толерантность.

Отличительным признаком зависимости при употреблении препаратов опия и морфиноподобных веществ является то, что она возникает даже при использовании малых доз препаратов, которые применяются иногда в терапевтических целях.

Явления абстинентного состояния начинают развиваться в течение нескольких часов после приёма последней дозы в период, когда должна быть принята очередная доза по устоявшейся схеме, и достигают своего пика на 2-3 сутки (через 36-72 часа), снижаясь в последующие 7-10 дней, хотя отдельные проявления (бессонница, брадикардия) могут сохраняться до нескольких месяцев. Существует закономерность: чем более активен опиат, тем быстрее, короче и интенсивнее синдром отмены. Клиническая картина в легких случаях во многом напоминает состояние при гриппе. В таблице 1 представлены объективные и субъективные признаки синдрома отмены опиатов в зависимости от периода после последнего приёма наркотика.

При длительном злоупотреблении опиатами наблюдаются очень тяжелые последствия, характеризующиеся астеническими расстройствами. Внешне больные выглядят значительно старше своих лет, заметно истощение (дефицит массы тела достигает 8-15кг), на лице многочисленные морщины, кожа бледная, с желтушным оттенком, как у больных с заболеваниями печени. Характерным признаком является разрушение и выпадение зубов, часто наблюдается раннее полысение; волосы теряют свой блеск, становятся ломкими, как и ногти. Вены утолщены, в рубцах, происходит зарращение их русла. Это служит дифференциально-диагностическим признаком. Пульс обычно редкий, все виды рефлексов и потенция снижены, зрачки узкие, выражены запоры.

Со стороны внутренних органов часто наблюдаются гепатит В, СПИД, циррозы, эндокардиты, легочная эмболия, септицемия, абсцессы, сепсис, пневмонии, флебиты, лимфангаиты, отек мозга, энцефалопатия, полиневриты, гломерулонефриты.

Вывод. Больные трудоспособны только тогда, когда они находятся под воздействием наркотика. Круг интересов резко сужается: сосредоточен только вокруг наркотиков и их добывания, исчезает интерес к прежним занятиям. Наблюдается общее эмоциональное огрубение, лживость, морально-этическое снижение. Речь изобилует жаргонными словами. Отчётливых психических расстройств в виде значительного снижения интеллекта, деменции не отмечается.



Считается, что после формирования зависимости героиновый наркоман живёт в среднем 4,5-5 лет. Смерть обычно наступает от передозировки, редко в период абстиненции из-за падения сердечной деятельности.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И ВОПРОСЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Каримов А.Х., Аграновский М.Л., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Знания особенностей детской психологии чрезвычайно важны в понимании формирования соматического и психического здоровья ребенка-подростка-взрослого.

До настоящего времени не определены прогностические факторы, влияющие на динамику уровня контроля заболевания. Ранее изучались многочисленные факторы (демографические и социальные, клинические особенности заболевания и лечения, особенности поведения пациентов БА), но они оценивались с точки зрения влияния их на течение БА. Помимо этого, в ряде работ изучалось влияние и психических расстройств (тревога, депрессия) на течение БА, но получены довольно противоречивые данные.

Цель исследования. Изучить влияние на уровень контроля БА и его динамику психопатологических и патохарактерологических расстройств личности и приверженности пациентов противоастматической терапии.

Материалы и методы исследования. Для выполнения задания были отобраны психически больные дети с бронхиальной астмой в возрасте от 3 до 12 лет, находящиеся под диспансерным наблюдением в АОПНД.

Результаты исследования. У детей, больных БА, структура эмоционально-личностных особенностей представлена устойчивым внутренним конфликтом, за счет акцентуированности противоположных личностных черт у одного и того же ребенка. Для подростка структура личности заключается в акцентуированности истероидных и (или) эпилептоидных черт, в проявление аутодеструктивных тенденций, подтверждающихся склонностью к алкоголизации.

Общим признаком для больных детей и подростков в структуре эмоционально-личностного фона является доминирование показателей по шкалам: агрессивности и тревожности.

У подростков, страдающих БА, доминирующими механизмами психологической защиты являются: отрицание неприемлемых событий или собственных качеств, а также гиперкомпенсация своих недостатков в сфере низкой самооценки.

У детей с БА определяются значительные отклонения в мнестической сфере в виде снижения объема кратковременной образной (35%) и вербальной памяти (62%) по сравнению со здоровыми детьми.



Для большинства больных (75%) характерно полное левополушарное доминирование, что свидетельствует о неэффективности их психофизиологической адаптации в стрессовых ситуациях.

Анализ эмоционально-личностных характеристик детей, больных бронхиальной астмой позволит более полно изучить компоненты патологической психосоматической системы, что дает возможность оптимизировать мероприятия по профилактике и своевременной коррекции факторов, усугубляющих течение данного заболевания.

Прогнозирование типов эмоционально-личностного реагирования, знание механизмов психологической защиты ребенка, больного бронхиальной астмой, делает возможным индивидуальный подход к терапии и запускает адаптационные механизмы развития полноценной личности, предупреждая возможные отклонения в критический период жизни.

Представленные **Результаты** оценки функциональной асимметрии свидетельствуют о необходимости создания системы обучения, воспитания, условий труда и быта с учетом особенностей психической организации детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой.

Вывод. Таким образом, в ходе исследования пациентов с БА выявлена высокая частота патохарактерологических РЛ, таких как параноидные, шизоидные, шизотипические, тревожные и истерические. Кроме того, ухудшению уровня контроля заболевания способствует высокая частота и степень выраженности тревоги и депрессии. Для улучшения динамики уровня контроля БА необходимо учитывать психопатологические и патохарактерологические расстройства личности, приверженность пациентов лечению и изучать факторы, способствующие повышению их КП.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Каримова М.Х., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Узакова Ш.Б.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости бронхиальной астмой (БА) и ее тяжелому течению. Недуг требует постоянного контроля ввиду его хронического течения. В настоящее время активно исследуется роль механизмов врожденного иммунитета в патогенезе БА. Это обусловлено важной ролью врожденного иммунитета в развитии воспаления, являющегося неотъемлемым компонентом БА. Однако успешная терапия и качество жизни больных с астмой все еще остаются открытыми, бурно обсуждаемым вопросам.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Исследование роли Toll-подобных рецепторов в аллергическом воспалении важно для совершенствования программ профилактики и лечения бронхиальной астмы.

Цель исследования. Изучить особенности врожденного иммунитета – TLR6 у больных с бронхиальной астмой.

Материал и методы. Обследовано 45 больных, детей с бронхиальной астмой в возрасте от 5 до 15 лет, наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделениях аллергологии и пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. В процессе комплексного клиничко-лабораторного обследования детей использовались функциональные и генетические методы исследования. Генетические: изучение экспрессии полиморфизма гена TLR6 C745T проводился методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Исследования проводили в лаборатории «Genoteknologiya». Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты исследования. Изучение полиморфных маркеров гена TLR6 C745T у больных с бронхиальной астмой отличались от показателей контрольной группы. Полученное в исследовании у детей из контрольной группы показало превалирование встречаемости аллелей С полиморфизма C745T гена TLR6, которая встречалась у 95% детей, по сравнению с Т аллелей – 5%. У детей с БА отмечается преобладание Т аллелей по отношению к показателям контрольной группы в 14 раз ($P < 0,001$). В контрольной группе в 90,0% случаев отмечается генотип С/С полиморфизма C745T гена TLR6, гетерозиготный С/Т встречался в 10% случаях. При развитии БА у детей установлено преобладание гетерозиготных генотипов полиморфизма C745T гена TLR6 на фоне сниженной встречаемости гомозиготного варианта С/С.

Также хочется заметить, что гетерозиготный генотип ТТ полиморфизма C745T гена TLR6 встречается только у больных детей, у практически здоровых детей данный генотип отсутствует. Гомозиготный тип С/С полиморфизма C745T гена TLR6 ассоциирован со сниженным риском развития ОБРТ и БА. Доказана ассоциация генотипа Т/Т с развитием БА и ОБРТ у детей (χ^2 с поправкой Йейтса = 3,859, $p = 0,038$, $df = 1$, $OR = 2,985$ (ДИ 1,085 – 6,989)), данный полиморфизм является предрасполагающим к развитию БА и ОБРТ. Относительный риск развития бронхиальной астмы у больных с мажорным аллелем Т составляет 1,99 (95% CI: 1,19–3,31).

Выводы. Таким образом, можно заключить, что у больных бронхиальной астмой имеются нарушения в системе врожденного иммунитета, проявляющиеся в гиперэкспрессии генов TLR6 745T. Выявленные нами особенности показателей врожденного иммунитета Toll-подобного рецептора можно рекомендовать в качестве критериев прогноза неконтролируемого течения бронхиальной астмы у детей.



ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА

Касимов Н.А., Мирзабаев Г.Э., Умматалиев Б.Т., Бобаев У.Н., Атаханов И.К

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. В настоящее время для проведения гемо- и плазмосорбции широко используются макро- и микропористые углеродные, углеродно-минеральные и иммуносорбенты, которые должны отвечать всем требованиям.

Цель исследования. Изучить токсичность при внутрибрюшинном введении углеродного нанопористого сорбента.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены на белых лабораторных крысах породы «Вистар», которые осуществлялись на базе ГУ «РСНПМЦХ» имени акад. В.Вахидова отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Острую токсичность при внутрибрюшинном введении препарата изучали на 30 белых крысах самцах массой тела 200-240 г. Стерильный сорбент углеродного нанопористого гемосорбента животным вводили внутрибрюшинно в дозах 5000, 5500, 6000, 6500 и 7000 мг/кг. Наблюдение за животным проводилось в течение 14 суток. Животных разделили на 5 групп по 6 особей в каждой. Для определения параметров острой токсичности был использован метод Литчфилда и Уилкоксона.

Результаты исследования. Экспериментальные исследования показали, что при однократном внутрибрюшинном введении препарата в дозах 5000, 5500, 6000, 6500 и 7000 мг/кг через 24 часа у крыс отмечены признаки угнетения центральной нервной системы, отказ от корма и воды. В 1 группе животных, получавших дозу 5000 мг/кг, отсутствовали признаки интоксикации. К исходу 2-х суток во 2 группе после введения дозы 5500 мг/кг отмечена гибель одной крысы из шести, в 3-ей и 4-ой группах (дозы 6000 и 6500 мг/кг соответственно) погибли по две, а в 5-ой группе (дозы 7000 мг/кг) погибли четыре. По результатам острой токсичности при внутрибрюшинном введении летальной дозы (50% подопытных животных) углеродного нанопористого гемосорбента составило 6654,0 (6005,8+7302,2) мг/кг.

Закключение. Таким образом, летальная доза подопытных животных по результатам острой токсичности при внутрибрюшинном введении установлено на уровне 6654,0 мг/кг и препарат относится к 4 классу опасности-практически нетоксичным веществам.



ИЗУЧЕНИЯ МУТАГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ УГЛЕРОДНОГО НАНОПОРИСТОГО ГЕМОРСОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Касимов Н.А., Мирзабаев Г.Э., Умматалиев Б.Т., Бобаев У.Н., Минаваров Н.Ю
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Одним из основных вопросов в этом отношении является оценка мутагенной активности, которая, как показано в ряде лабораторий мира, в высокой степени коррелирует с канцерогенной активностью и значительно - с тератогенезом (развитием уродств). Следствием мутаций в зародышевых клетках является гибель зигот, эмбрионов, плодов на ранних стадиях развития и передача мутаций из поколения в поколение. Мутации в соматических клетках неизбежно приводят к нарушению генетического гомеостаза и могут вызывать ускорение процессов старения, повышение общей заболеваемости и образование злокачественных опухолей.

Цель исследования. Изучить мутагенное действие отечественного углеродного нанопористого гемосорбента в эксперименте.

Материал и методы. Нами было проведено исследование препарата углеродного нанопористого гемосорбента на предмет проявления мутагенной активности при воздействии на культуру клеток лимфоцитов человека.

Результаты. Для решения поставленной задачи было определено количество хромосомных aberrаций при воздействии углеродного нанопористого гемосорбента на культуру клеток лимфоцитов человека в течение 72 ч, лимфоциты человека были получены из периферической крови здоровых доноров. Всего был использован 1 образец крови доноров, на образец проводили воздействие препаратом. Углеродный нанопористый гемосорбент при воздействии на культуру клеток лимфоцитов человека в исследованной дозе $150,0/10 \cdot 10^6$ клеток в течение 72 ч, не обладает мутагенной активностью в изученной дозе.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали, что углеродный нанопористый гемосорбент не обладает мутагенным действием.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Касимов Н.А., Мирзабаев Г.Э., Умматалиев Б.Т., Бобаев У.Н., Атаханов И.К

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Для клинического внедрения любой новой технологии по международным стандартам требуется проведение серии исследований по двум основным направлениям – безопасность с определением возможности влияния на специфические клинико-функциональные параметры и эффективность в плане предполагаемых результатов применения.

Материал и методы. Экспериментальные исследования выполнены на белых крысах на базе ГУ «РСНПМЦХ» имени акад. В.Вахидова, отделении экспериментальной хирургии.

Результаты исследования. Исследования многократного внутрибрюшинного действия углеродного нанопористого гемосорбента проводились на 24 белых крысах с массой тела 250-300 грамм в течение 7 дней. При оценке хронической токсичности при внутрибрюшинном введении учитывалась низкая токсичность препарата, установленная в остром эксперименте, а также предполагаемая длительность курса лечения – одна неделя. На основании этого срок хронического эксперимента составил семь дней в соответствии с международными требованиями по оценке токсичности медицинских препаратов (2013г). Исследуемое вещество вводили внутрибрюшинно 3-м группам опытных белых крыс. 4 группа служила контролем. **Введение** исследуемого вещества осуществлялось в следующих дозах:

1-я группа (300 мг/кг);

2-я группа (150 мг/кг);

3-я группа (50 мг/кг);

4-я группа (1% крахмальная слизь из расчета 1 мл на 100 г. массы тела).

Показателями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, гематологические и биохимические показатели крови.

За время эксперимента общее состояние опытных животных не нарушалось, симптомов интоксикации и гибели животных не выявлено. На коже местные изменения не обнаружены, мест очагового облысения и язв не отмечалось. Животные были опрятны, активны, шерстяной покров гладкий, блестящий, корм поедали охотно, адекватно реагировали на внешние раздражители.

Результаты исследований показали, что прирост массы тела опытных животных не отличался от контрольных значений. Динамика



массы тела подопытных животных через 10 дней и 1 месяц эксперимента не отличалась от контроля. Животные на протяжении всего эксперимента были активны, опрятны, корм поедали нормально, пили воду, шерсть у них была гладкая, блестящая. Поведение подопытных крыс не отличалось от поведения контрольных групп животных. Анализ показателей периферической крови через сутки после последнего введения различных доз исследуемого препарата не выявил существенных изменений. Изучение биохимических показателей сыворотки крови через 24 часа после последнего введения различных доз исследуемого препарата не выявило существенных изменений.

Заключения. Таким образом, полученные данные позволили сделать **Вывод** о том, что исследуемое вещество не оказывает отрицательного эффекта на состояния животных на протяжении эксперимента, не оказывает отрицательного эффекта на гематологические и биохимические показатели крови. Гибели среди подопытных крыс не наблюдалось, что позволяет сделать **Вывод** об отсутствии кумулятивного свойства исследуемого вещества.

ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРЕВАРИВАЕМОСТИ КРАХМАЛА В СОСТАВЕ КРАХМАЛЬНО-КАЗЕИНОВЫХ СУБСТРАТОВ ПО ДИНАМИКЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ СЛЮННОЙ АМИЛАЗЫ

Касимова Д. С., Алейник В.А., Бабич С.М., Хамракулов Ш.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Пищевые продукты представляют собой сложные системы, включающие несколько уровней структуры и взаимодействий, что затрудняет прогнозирование переваривания отдельных питательных веществ. Совсем недавно, предположили, что тройное взаимодействие основных макроэлементов, крахмала, белка и липидов, могут иметь решающее значение в поддержании гликемического ответа от крахмалистых продуктов питания [Parada J., Santos J. L. 2016]. В то время как структурные аспекты бинарных взаимодействий крахмал-белок и/или липидов было исследовано в злаках, знание воздействия на ферменты, восприимчивые к таким взаимодействиям, все еще находится в зачаточном состоянии. На самом деле такие взаимодействия могут контролировать скорость и степень гидролиза макронутриентов, предоставляя возможность понять и предсказать влияние пищевых компонентов на скорость доставки питательных веществ. Также имеет **Актуальность** для лечения нарушений обмена веществ, таких как диабет, ожирение и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, таких как циркулирующий холестерин и профили липидов [Annor G. A., Marccone M., et al. 2013; Marze S. 2013].



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель исследования: изучить изменения перевариваемости крахмала в составе крахмально-казеиновых субстратов по динамики продолжительности воздействия слюнной амилазы

Материал и методы. В работе была исследована слюна полученная методом сплевывания у добровольцев. Изучалось *in vitro* изменение содержания крахмала под влиянием слюнной амилазы при использовании в качестве субстрата крахмала, а также смеси крахмала и казеина по динамики продолжительности времени воздействия слюнной амилазы в течении 1 часа в присутствии и отсутствии казеина.

Результаты исследования. По результатам исследования изменения перевариваемости крахмала по динамики продолжительности времени воздействия слюнной амилазы на крахмал было установлено, что происходит постепенное достоверное снижение содержания остаточного не переваренного крахмала под влиянием слюнной амилазы по сравнению с таким же показателем использования крахмала без воздействия слюнной амилазой. При этом снижение содержания крахмала под влиянием слюнной амилазы в течение одного часа достигало уровня $27 \pm 2,3\%$. В тоже время изменения перевариваемости крахмала по динамики продолжительности воздействия слюнной амилазы на крахмал в присутствии казеина отмечалось также постепенное достоверное снижение содержания остаточного не переваренного крахмала. При этом под влиянием слюнной амилазы на крахмал в присутствии казеина, по сравнению с таким же показателем использования крахмала без воздействия слюнной амилазой в течение первых 20 минут остаточный крахмал был равен $47 \pm 3,9\%$. После чего наблюдалось постепенное увеличение содержание не переваренного крахмала к концу одного часа до уровня $61 \pm 5,7\%$. В тоже время эти показатели увеличения не переваренного крахмала были достоверно выше аналогичных показателей использования крахмала под влиянием слюнной амилазой.

Выводы: Полученные **Результаты** показывают, что влияние слюнной амилазы в смеси крахмала и казеина зависит от изменения их соотношения и изменение во времени соотношения в сторону увеличения содержания казеина способствует снижению перевариваемости крахмала под влиянием слюнной амилазы.

ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРЕВАРИВАЕМОСТИ КЕЗЕИНА В СОСТАВЕ КРАХМАЛЬНО-КАЗЕИНОВЫХ СУБСТРАТОВ ПО ДИНАМИКЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА

Касимова Д. С., Алейник В.А., Бабич С.М., Ходжаева Г.А
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Крахмал и пища всегда являются многокомпонентными системами, поэтому взаимодействие между компонентами иногда



важнее, чем физические и химические свойства отдельных компонентов; следовательно, необходимо их понять [Ledezma C. S. Q. 2018]. Обсуждалось [Fontes-Candia, C. et al. 2022], что при рассмотрении питательной ценности пища не должна рассматриваться просто как сумма её питательных веществ, а как структурированная матрица, взаимодействующая с макро- и микроэлементами, которые определяют метаболическую судьбу и влияние на здоровье внутри организма. Ранее взаимодействия между макронутриентами и взаимозависимость процессов ферментативного гидролиза отдельных макронутриентов в значительной степени игнорировались. [Bhattarai R. R. et al. 2016]. Помимо этого, электростатическое комплексообразование белков с полисахаридами может ограничивать их восприимчивость к гидролитическому действию пищеварительных ферментов [Mouécoucou, J. et al. 2016]. Включение белково-полисахаридных комплексов в различные типы пищевых матриц, как ожидается, окажет сильное влияние на их усвояемость, и, таким образом, это следует изучить в будущем, что может быть полезным для модуляции гормональных реакций и аппетита [Fontes-Candia, C. et al. 2022].

Цель исследования: изучить изменения перевариваемости казеина в составе крахмально-казеиновых субстратов по динамики продолжительности воздействия желудочного сока.

Материал и методы. В работе был исследован желудочный сок полученный методом зондирования желудка у добровольцев натощак. Изучалось *in vitro* влияние изменения перевариваемости казеина по динамики продолжительности времени воздействия желудочного сока в течение 1 часа в присутствии и отсутствии крахмала.

Результаты исследования. По результатам исследования изменения гидролиза казеина по динамики длительности времени воздействия желудочного сока на казеин было выявлено, что наблюдается постепенное достоверное снижение содержания остаточного не переваренного казеина под воздействием желудочного сока по сравнению с аналогичным результатом применения казеина без влияния желудочного сока. В тоже время снижение содержания казеина под воздействием желудочного сока, к концу часа достигало величины $33 \pm 2,8\%$. При этом изменения перевариваемости казеина по динамике продолжительности действия желудочного сока на казеин в присутствии крахмала, наблюдалось также постепенное достоверное снижение содержания остаточного не переваренного казеина. В тоже время под воздействием желудочного сока на казеин в присутствии крахмала, по сравнению с таким же показателем использования казеина без воздействия желудочного сока, содержание не гидролизованного казеина в течение первых 30 минут составляло $37 \pm 3,5\%$. Далее наблюдалось постепенное увеличение содержания не гидролизованного казеина к концу часа до показателя $67 \pm 6,4\%$, и этот результат повышения, не переваренного казеина, был достоверно выше подобного результата применения казеина под влиянием желудочного сока (Рис. 2).



Выводы: Полученные **Результаты** показывают, что влияние желудочного сока в смеси крахмала и казеина зависит от изменения их соотношения и изменение во времени соотношения в сторону увеличения содержания крахмала способствует снижению перевариваемости казеина под влиянием желудочного сока.

ВЛИЯНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ КРАХМАЛОМ И КАЗЕИНОМ В СОСТАВЕ КРАХМАЛЬНО-КАЗЕИНОВЫХ СУБСТРАТАХ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРЕВАРИВАЕМОСТИ КРАХМАЛА

Касимова Д. С., Бабич С.М., Хамракулов Ш.Х.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Цель исследования: изучить влияние взаимодействия между крахмалом и казеином на изменение их перевариваемости в составе крахмально-казеиновых субстратах.

Материал и методы. В работе была исследована слюна полученная методом сплевывания у добровольцев. Изучалось *in vitro* влияние взаимодействия крахмала и казеина на гидролиз под влиянием слюнной амилазы субстратов содержащих крахмал и крахмал совместно с казеином в различном соотношении 5:1, 1:1, 1:5. Исследовалось по синей окраске йодным реактивом содержание остаточного крахмала под влиянием слюнной амилазы, также содержание остаточного крахмала в присутствии казеина под влиянием слюнной амилазы, которое выражалось в процентах по отношению содержанию крахмала без влияния слюнной амилазы.

Статистическая обработка была проведена методом вариационной статистики с вычислением средних величин и их средних ошибок, определением коэффициента достоверности разности Стьюдента-Фишера (t). Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$ и менее.

Результаты. В проведенных исследованиях, где изучалось влияние взаимодействия крахмала и казеина в соотношении 5:1, на показатель переваривания крахмала под влиянием слюнной амилазы. Было установлено, что при использовании субстрата, содержащего только крахмал, показатель остаточного крахмала составлял $55 \pm 4,9\%$, что находилось достоверно ниже по отношению к таковому показателю крахмала ($100 \pm 9,1\%$) без воздействия слюнной амилазы. В тоже время под влиянием слюнной амилазы на субстрат, содержащий крахмал совместно с казеином в соотношении 5:1, показатель остаточного крахмала составлял $58 \pm 5,1\%$ по отношению к таковому показателю крахмала без воздействия слюнной амилазы ($100 \pm 9,1\%$). Что было не существенно выше аналогичного показателя использования в качестве субстрата крахмала под влиянием слюнной амилазы ($55 \pm 4,9\%$). При этом под влиянием слюнной амилазы на субстрат, содержащий крахмал совместно с казеином в соотношении 1:1, показатель остаточного



крахмала составлял $70 \pm 6,4\%$ по отношению к таковому показателю крахмала без воздействия слюнной амилазы ($100 \pm 9,1\%$). Что было не достоверно выше аналогичного показателя использования в качестве субстрата крахмала под влиянием слюнной амилазы ($55 \pm 4,9\%$). Тем не менее, под влиянием слюнной амилазы на субстрат, содержащий крахмал совместно с казеином в соотношении 1:5, показатель остаточного крахмала составлял $77 \pm 6,9\%$ по отношению к таковому показателю крахмала без воздействия слюнной амилазы ($100 \pm 9,1\%$). Что было достоверно выше аналогичного показателя использования в качестве субстрата крахмала под влиянием слюнной амилазы ($55 \pm 4,9\%$).

Выводы: Полученные **Результаты** показывают, что присутствие малого количества казеина не влияет существенно на изменение гидролиза крахмала. С увеличением же количества казеина отмечается более выраженное снижение гидролиза крахмала под влиянием слюнной амилазы, а при высоком количестве казеина отмечается значительное снижение гидролиза крахмала под влиянием слюнной амилазы.

ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРЕВАРИВАЕМОСТИ КРАХМАЛА В СОСТАВЕ КРАХМАЛЬНО-КАЗЕИНОВЫХ СУБСТРАТОВ ПО ДИНАМИКЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ СЛЮННОЙ АМИЛАЗЫ

Касимова Д. С., Алейник В.А., Бабич С.М., Ходжаева Г.А
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Пищевые продукты представляют собой сложные системы, включающие несколько уровней структуры и взаимодействий, что затрудняет прогнозирование переваривания отдельных питательных веществ. Совсем недавно, предположили, что тройное взаимодействие основных макроэлементов, крахмала, белка и липидов, могут иметь решающее значение в поддержании гликемического ответа от крахмалистых продуктов питания [Parada J., Santos J. L. 2016]. В то время как структурные аспекты бинарных взаимодействий крахмал-белок и/или липидов было исследовано в злаках, знание воздействия на ферменты, восприимчивые к таким взаимодействиям, все еще находится в зачаточном состоянии. На самом деле такие взаимодействия могут контролировать скорость и степень гидролиза макронутриентов, предоставляя возможность понять и предсказать влияние пищевых компонентов на скорость доставки питательных веществ. Также имеет **Актуальность** для лечения нарушений обмена веществ, таких как диабет, ожирение и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, таких как циркулирующий холестерин и профили липидов [Annor G. A., Marccone M., et al. 2013; Marze S. 2013].



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель исследования: изучить изменения перевариваемости крахмала в составе крахмально-казеиновых субстратов по динамики продолжительности воздействия слюнной амилазы

Материал и методы. В работе была исследована слюна полученная методом сплевывания у добровольцев. Изучалось *in vitro* изменение содержания крахмала под влиянием слюнной амилазы при использовании в качестве субстрата крахмала, а также смеси крахмала и казеина по динамики продолжительности времени воздействия слюнной амилазы в течении 1 часа в присутствии и отсутствии казеина.

Результаты исследования. По результатам исследования изменения перевариваемости крахмала по динамики продолжительности времени воздействия слюнной амилазы на крахмал было установлено, что происходит постепенное достоверное снижение содержания остаточного не переваренного крахмала под влиянием слюнной амилазы по сравнению с таким же показателем использования крахмала без воздействия слюнной амилазой. При этом снижение содержания крахмала под влиянием слюнной амилазы в течение одного часа достигало уровня $27 \pm 2,3\%$. В тоже время изменения перевариваемости крахмала по динамики продолжительности воздействия слюнной амилазы на крахмал в присутствии казеина отмечалось также постепенное достоверное снижение содержания остаточного не переваренного крахмала. При этом под влиянием слюнной амилазы на крахмал в присутствии казеина, по сравнению с таким же показателем использования крахмала без воздействия слюнной амилазой в течение первых 20 минут остаточный крахмал был равен $47 \pm 3,9\%$. После чего наблюдалось постепенное увеличение содержание не переваренного крахмала к концу одного часа до уровня $61 \pm 5,7\%$. В тоже время эти показатели увеличения не переваренного крахмала были достоверно выше аналогичных показателей использования крахмала под влиянием слюнной амилазой.

Выводы: Полученные **Результаты** показывают, что влияние слюнной амилазы в смеси крахмала и казеина зависит от изменения их соотношения и изменение во времени соотношения в сторону увеличения содержания казеина способствует снижению перевариваемости крахмала под влиянием слюнной амилазы.

ИННАВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ

Касимова Г.З., Ашуралиева М.А., Сахибова М.Д.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Средства, которые применяются при анестезии, могут оказывать влияние на функциональное состояние кровообращения. Несмотря на значительные успехи фармакологии и анестезиологии, все еще отмечаются эпизоды



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



гемодинамических, терморегуляторных и газообменных нарушений, которые особенно тяжело протекают у больных с сопутствующей патологией. В процессе анестезии и оперативного вмешательства оценка показателей гемодинамики играет важную роль в обеспечении адекватности анестезии. Большое значение в практике продолжают иметь наркотические (центральные) анальгетики, вследствие их непревзойденной особенности к болеутолению, уменьшением восприятия центральной нервной системой болевых импульсов. Постепенно в анестезиологическую практику внедряются новые методы мониторинга, расширяется круг изучаемых показателей.

Цель работы: Изучить изменение гемодинамики в условиях комбинированной анестезии центральными анальгетиками при урологических операциях у детей.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты в возрасте от 4 до 12 лет, оперированных по поводу урологической патологии, которые были оперированы в отделении детской хирургии многопрофильной областной больницы Андижанской области. Для обеспечения анестезиологической защиты были использованы комбинированная анальгезия промедолом в сочетании с оксибутиратом натрия. Дети в возрасте от 3 – 5 лет составляли 28% от общего количества больных, дети от 6 - 9 лет – 36% и дети старшего возраста от 10 до 12 лет составляли 36%. У 69% обследованных нами больных наблюдались врожденный гидронефроз, а у 31% пациентов мочекаменная болезнь. Оценка эффективности комбинированных методов анестезии проводилась на основании клинических данных: наличие двигательных реакций, величина и реакция зрачков. На всех этапах оперативного вмешательства и анестезии осуществлялся мониторинг с оценкой показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС), сатурации кислорода (SpO_2), частоты дыхания (ЧД). Методом эхокардиографии исследованы показатели центральной и периферической гемодинамики.

Результаты и их обсуждения. С целью устранения беспокойства, предотвращения тошноты и рвоты, возможных вагусных влияний была назначена премедикация. На вводимом периоде анестезии наблюдалось увеличение ЧСС на 30,28% ($P < 0,05$), УПС на 21,47%, УИ на 9,21% по отношению к исходным своим значениям. В наиболее травматичные этапы операции отмечалось увеличение СИ, ЧСС, УИ соответственно на 34,26%, 40,55% и 13,12% ($P < 0,05$), а по сравнению с предыдущим этапом исследования эти показатели изменялись недостоверно. В конце операции по сравнению с этапом травматичного момента операции показатели центральной и периферической гемодинамики изменялись незначительно, что носит недостоверный характер. Несмотря на это можно утверждать, что гемодинамические показатели оставались в пределах оптимальных величин, и риска развития ишемии внутренних органов, в том числе головного мозга, не возникало. Промедол вызывает выраженную циркуляторную депрессию, обусловленную снижением тонуса сосудов. В эксперименте клинические концентрации промедола не угнетали сократимость, а авторы работы даже наблюдали в клинике рост МОК. Феномен увеличения МОК и



падения ОПСС описан как транзиторная начальная реакция на препарата, с последующим падением МОК и возвратом ОПСС к исходному. Эффект падения МОК блокируется ионами Ca^{2+} . **Введение**

Выводы. Применение комбинированной анестезии промедолом и оксibuтиратом натрия, сопровождалось незначительными, а также компенсированными изменениями основных показателей центральной и периферической гемодинамики, что свидетельствовало об эффективной анестезиологической защите детского организма от операционной травмы. Данный вариант анестезиологического пособия создает оптимальный режим функционирования центральной и периферической гемодинамики.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Касимова С.А., Кодиров Ш.Н., д.м.н

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время структура показаний к операции кесарево сечение значительно изменилась. На первый план выходят относительные показания, которые в большой степени учитывают интересы плода.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения акушерского перитонита после кесарева сечения на основании своевременной диагностики и органосохраняющего хирургического лечения с сохранением репродуктивной функции.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали в общей сложности 100 пациентов с осложнениями перитонита после разреза и провели у них обследования

Результаты исследования. При отсутствии органных дисфункций, подтвержденных интегральными шкалами, и уровне прокальцитонина менее 2 нг/мл у рожениц с несостоятельностью швов на матке и акушерским перитонитом возможно проведение реконструктивных операций.

У 52% рожениц клиническая картина перитонита после кесарева сечения характеризуется формированием «стертых» форм заболевания без пареза кишечника и симптомов раздражения брюшины и только у 48% рожениц развилась классическая форма акушерского перитонита.

При отсутствии у роженицы сепсиса органосохраняющее лечение акушерского перитонита на фоне несостоятельности швов на матке возможно даже в условиях распространенного гнойно-фибринозного перитонита, что позволяет сохранить матку и после проведения реабилитационных мероприятий и репродуктивную функцию.

Оптимальный алгоритм обследования рожениц с акушерским перитонитом помимо традиционного клиничко-лабораторного обследования включает определение



диагностических критериев синдрома системной воспалительной реакции и сепсиса, оценку степени тяжести на основе интегральных шкал органических дисфункций, определение прокальцитонина и расчет лейкоцитарного индекса интоксикации.

Определение уровня прокальцитонина в сыворотке крови является важным диагностическим тестом, позволяющим в течение 30 минут оценить степень тяжести воспалительного процесса бактериальной этиологии, подтвердить или опровергнуть развитие синдрома системной воспалительной реакции или сепсиса.

Вывод. Определены новые клинические и лабораторные критерии оценки степени тяжести родильниц с акушерским перитонитом, которые позволяют своевременно начать патогенетически обоснованную терапию, сократить время необходимой предоперационной подготовки, определить объем оперативного вмешательства.

Разработана и внедрена в практическую деятельность методика лечения больных с акушерским перитонитом, включающая акушерский этап операции (санация матки с последующим наложением вторичных швов), хирургический этап операции (санация и дренирование брюшной полости) и последующую интенсивную терапию в условиях реанимационного отделения.

Предложенная лечебная тактика рекомендована к внедрению в крупные многопрофильные стационары. На большом количестве наблюдений доказана её эффективность, что позволило сохранить репродуктивную функцию женщинам с тяжелыми послеродовыми гнойно-септическими осложнениями.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Касимова С.А., Кодиров Ш.Н., д.м.н

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время структура показаний к операции кесарево сечение значительно изменилась. На первый план выходят относительные показания, которые в большой степени учитывают интересы плода [2,6]. В последние годы в России показаниями для кесарева сечения наиболее часто являются возраст первородящей старше 30 лет в сочетании с различной акушерской патологией.

Цель исследования. Сохранение репродуктивной функции у больных с перитонитом после кесарева сечения путем проведения органосохраняющей операции.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 17 больных с диагнозом: перитонит после кесарева сечения, которым производились органосохраняющие операции (основная группа) и 34 пациентки с диагнозом: перитонит



после кесарева сечения, которым производились радикальные операции (ампутация и экстирпация матки с трубами) – контрольная группа.

Результаты исследования. По возрасту группы были сопоставимы, наибольшее число женщин в возрасте 23–35 лет. При изучении перенесенных заболеваний у больных основной и контрольной групп существенных различий не было. При изучении генеративной функции оказалось, что первородящие женщины в основной группе составили 65 %, в контрольной группе 78 %, причем у 8 больных с перитонитом было 2 родов и более. Анализ гинекологического статуса выявил в основной группе: нарушение менструального цикла 3 (17,6 %) против 7 (20,5 %) в контрольной группе, бесплодие 4 (23 %) против 3 (17 %) в контрольной группе. Искусственных аборт в первой группе было 2 (11 %), против 5 (4,7 %) в контрольной группе. Внутриматочной спирали в основной группе не было, в контрольной 4 (23 %).

У пациенток основной группы были следующие осложнения во время данной беременности: токсикоз в первой половине беременности 10 (58 %) против 24 (70,5 %) в контрольной; гестоз 5 (29 %) против 9 (26,4 %) в контрольной; анемия 14 (82,3 %) против 11 (64,7 %) в контрольной; хронический пиелонефрит 7 (41,1 %) против 11 (32,3 %) в контрольной группе. Внутритрунная инфекция во время данной беременности в основной группе 13 (76 %) против 27 (79,1 %) в контрольной.

Операции кесарево сечение в плановом порядке в первой группе выполнены 12 (70,5 %) против 23 (67,6 %) во второй группе. Экстренные операции в основной группе 23,6 %, против 32,4 % в контрольной. Длительность операции кесарево сечение составило 1–1,2 часа в исследуемых группах. Длительность безводного периода из числа экстренно оперированных больных в обследуемых группах существенно не различалась. Общая кровопотеря во время операции в основной группе составила 250–300 мл, в контрольной группе 650–750 мл.

Вывод. Предложенная лечебная тактика рекомендована к внедрению в крупные многопрофильные стационары. На большом количестве наблюдений доказана её эффективность, что позволило сохранить репродуктивную функцию женщинам с тяжелыми послеродовыми гнойно-септическими осложнениями.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Касымов А.Л., Ш.Ш., Садилов А.Ж., Мадаминов М.Ю. Солиев М.Б
Андижанский государственный медицинский институт

ВВЕДЕНИЕ. Хирургия щитовидной железе (ЩЖ) имеет историю значительных изменений в технике и частоте осложнений. В настоящее время показатель послеоперационной летальности крайне низок. Тем не менее, частота



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



послеоперационных осложнений варьирует в литературе от 7,4 до 53% выполненных операций. Среди осложнений кровотечение является потенциально опасным для жизни осложнением после операции на ЩЖ, частота которого составляет от 0,5 до 4,3%. Летальность от кровотечения после тиреоидэктомии колеблется 1,19%. Надежный гемостаз в хирургии ЩЖ является залогом успешного оперативного пособия с минимальным количеством осложнений. В связи с этим, разработка способов локального гемостаза и оценка её показателей при операциях на ЩЖ является актуальной задачей эндокринной хирургии.

Цель исследования: провести клиническую оценку интраоперационных показателей гемостаза при операциях на щитовидной железе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ .Для оценки эффективности локального гемостаза при операциях на ЩЖ сформировано две группы исследования на 237 пациентов со смешанным, узловым и диффузно-токсическим зобом. Оперативные вмешательства включали тотальную тиреоидэктомию, гемитиреоидэктомию и субтотальную тиреоидэктомию. В основной группе у 98 больных гемостаз проводился по разработанной нами методике и в качестве средства был использован Хемобен размерами 25-50мкм из расчета 200мг на площадь 8-9 см², который наносили по поверхности раны тонким слоем с последующим лазерным излучением с длиной волны 0,89 мкм, частотой 500 Гц в течение 2 минут на расстоянии 5см от раны, а затем в течение 5-7 суток проводили сеансы облучения с частотой 80 Гц чрезкожно в проекции операционной раны. В группе сравнения у 139 больных гемостаз проводился традиционными методами с сочетанием биполярной электрокоагуляции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Применение предложенного способа при операциях на ЩЖ позволило сократить интраоперационное время на достижение гемостаза с $12,1 \pm 3,9$ до $6,5 \pm 1,9$ минут, общую продолжительность оперативного вмешательства с $84,7 \pm 19,5$ до $73,3 \pm 12,9$ минут. Применение гемостатического средства Хемобен и лазерного воздействия интраоперационно на область раневой поверхности после вмешательства на ЩЖ и чрезкожно в ранний послеоперационный период позволило обеспечить хороший гемостатический эффект, который проявлялся снижением объема отделяемого по дренажу в ранние сроки с $38,2 \pm 18,1$ до $27,7 \pm 15,0$ мл, с уровнем гемоглобина в отделяемом $35,8 \pm 10,8$ г/л в группе сравнения против $20,6 \pm 6,8$ г/л в основной группе и сократить срок дренирования с $1,8 \pm 0,6$ до $1,2 \pm 0,4$ суток. Сочетанное применение обеспечило снижение активности послеоперационного воспалительного процесса, в частности отмечено более выраженное снижение интенсивности болевого синдрома в динамике по ВАШ с $5,1 \pm 0,9$ до $4,3 \pm 1,1$ баллов в первые сутки и с $2,8 \pm 1,5$ до $2,3 \pm 1,4$ баллов на третьи сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Сравнительный анализ результатов операции на ЩЖ показал, что предложенный способ характеризуется не только хорошим гемостатическим и противовоспалительным эффектом, что проявилось в снижении общей частоты осложнений с 29,5% до 10,2%, при этом доля хирургических осложнений уменьшилась с 12,9% до 4,1%,



частота лимфо-геморрагических осложнений сократилась с 11,5% до 3,1%, послеоперационный период наблюдения с $6,0 \pm 1,1$ до $4,9 \pm 0,8$ суток. Данный факт подтверждает хороший и быстрый гемостатический эффект отечественного средства Хемобен при вмешательствах на щитовидной железе, что с уверенностью позволяет рекомендовать его для широкого применения при этих видах операций.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПРЕССИОННОЙ СКЛЕРООБЛИТЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Касымов А.Л., Мирзаев К.К., Жураев Г.Г., Мансуров Ш.Ш., Ахмаджонов.Ж.У
Солиев.М.Б

АндГосМИ, кафедра Общей хирургии, Андижан

Цель работы. Улучшить клинические и косметические **Результаты** лечения варикозной болезни нижних конечностей путем применения склеротерапии.

Материал и методы исследования. При проведении склеротерапии применяли пункционную технику, известную как «метод пустой вены» или «ирландская техника». Использовали компрессионную склеротерапию у 24 пациентов без патологических вено-венозных рефлюксов при ретикулярном варикозе и телеангиоэктазиях, и у 32 больных как вспомогательный метод после хирургического устранения патологических вено-венозных рефлюксов. Использовали препарат этоксисклерол (0,5%, 1%, 2%, 3%) оптимальной концентрации склерозанта в зависимости от диаметра вены. Объективный и субъективный клинический и эстетический результат оценивали по 4-х бальной шкале до лечения и в динамике через 1 месяц после лечения и через 1-2 года. По клиническим формам варикозной болезни больные были распределены на 4 группы: (1-группа внутрикожный и подкожный сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса, 2-группа сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностные и/или перфорантным венам; 3-группа распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам; 4-группа варикозное расширение вен при наличии рефлюкса по глубоким венам.

Результаты. В 1 и 2 группах неудовлетворительных и удовлетворительных результатов лечения не было, в 100% случаев отмечены отличные (66,7% в 1-группе и 75% во 2 группе), хорошие (33,3% в 1-группе, 25-29,2% во 2-ой группе). Все эти пациенты имели начальные клинические формы варикозной болезни и ХВН-1 степени. В 3 и 4 группах также не выявлено неудовлетворительных результатов лечения, удовлетворительные отмечены в 40% случаев в 3-группе и в 6,7%-20% 4- группе. Преобладали хороший и отличный **Результаты** лечения как по оценкам врача, так и пациентов (в 3-группе 60%, в 4-группе 80-93,3%).



Несколько более низкая тикала оценок результатов лечения у этих пациентов по сравнению с предыдущими оправдывалось тем, что они имели более тяжелые исходные клинические формы варикозной болезни. Заключение. Таким образом, компрессионная склеротерапия является эффективным и перспективным методом лечения варикозной болезни нижних конечностей, обладающим малой травматичностью и высокими косметическими результатами.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА

С.А.Касымова

**Анджанский Государственный Медицинский институт
Кафедра Неврологии**

Демиелинизирующие заболевания – это группа заболеваний, при котором происходит повреждение миелиновых оболочек проводящих путей в головном и спинном мозге. Одним из этой группы заболеваний, является боковой амиотрофический склероз (БАС) или болезнь Шарко - хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, характеризующееся системным поражением мотонейронов спинного и головного мозга, с неблагоприятным прогнозом, значительным ограничением жизнедеятельности и нарушением трудоспособности уже на ранней стадии. Выделяют несколько форм болезни: высокая (церебральная, бульбарная, шейно- грудная, пояснично- крестцовая. Но независимо от форм клиника протекает со смешанными параличами. В дебюте заболевания выявляются симптомы периферического паралича, затем на фоне их появляются симптомы центрального паралича. В связи с нетипичным началом, диагностика БАС на начальных этапах является затруднительной.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находились 10 больных с диагнозом БАС, в возрасте от 48 до 53 лет. Из них у четырёх больных диагностирована церебральная форма, у двоих больных – бульбарная форма, у четверых – шейно-грудная форма. Трём больным первично был поставлен диагноз «Плексит», двое больных в дебюте заболевания лечились у эндокринолога с диагнозом «Гипотиреоз», остальные с начала заболевания был выставлен диагноз БАС. Основными жалобами больных были: осиплость голоса, поперхивание при проглатывании пищи, затруднение речи, слабость, похудание в конечностях, При исследовании неврологического статуса у больных было выявлено: бульбарный синдром (дисфония, дисфагия, гипотрофии мышц языка, поддёргивания мышц языка), на фоне периферического тетрапареза, фибриллярные поддёргивания мышц конечностей, оживление сухожильных рефлексов, наличие патологических рефлексов. Чувствительность сохранена. Нарушения функций тазовых органов не нарушена. Всем больным было проведено МРТ исследование, где не



было выявлено органических поражений. Больные с бульбарной формой проконсультированы ЛОР врачом. Лабораторные исследования патологии не выявили.

Выводы: В настоящее время не существуют исследований, позволяющих достоверно поставить диагноз БАС. Диагноз ставится только после исключения всех других заболеваний. Обследование больного с подозрением на БАС, помимо неврологического осмотра, должны включать МРТ исследование головного и спинного мозга. Диагностика заболевания должна проводиться только неврологом, поскольку существует большое количество заболеваний, способных «имитировать» БАС.

НЕЙРОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ «COVID-19» И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ.

С.А.Касимова

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность: Пандемия коронавирусной инфекции, повлияла на многие системы организма и характеризовалась не только тяжелым течением заболевания, но и многочисленными осложнениями. Последствия перенесенного COVID-19 т были самыми разными — больные жаловались и на отсутствие обоняния, на выпадение волос, слабость, затруднённое дыхание, одышку и т.д. Но отдельной группой были проблемы с нервной системой, в частности, депрессии. С начала пандемии COVID-19 наблюдался рост депрессивных расстройств. В одном из метаанализов показано семикратное увеличение (с 3,44 до 25%) в 2021 г. общей распространенности депрессии по сравнению с 2017 г. **Результаты** другого метаанализа продемонстрировали, что общая распространенность депрессии у пациентов с COVID-19 составляет 45% случаев, тревоги — 47%, а нарушений сна — 34%.

Материалы и методы исследования: нами было обследовано 50 амбулаторных больных, перенесших COVID-19. У всех больных заболевание было подтверждено лабораторными исследованиями ПЦР. Из них 27 больных перенесли ковид в тяжёлой форме, лечились стационарно, 15 больных — в среднетяжёлой форме — лечились стационарно, у 8 больных в лёгкой форме — лечились амбулаторно. Основными жалобами всех больных были одышка, общая слабость, отсутствие аппетита, потеря обоняния, бессонница, чувство тревоги, апатия, плаксивость, сухой кашель. На фоне многообразия симптомов чувство тревоги, страха смерти, апатия, потеря смысла жизни, плаксивость были наиболее выраженными. Переболевшие боялись заразиться повторно, переживали за своих близких. Больные стали замечать, что стали воспринимать всё близко к сердцу, ощущали неуверенность в завтрашнем дне. Из-за постоянного страха и беспокойства больные отмечали снижение качества жизни. Для точной диагностики



степени выраженности тревоги и депрессии всем больным был проведён тест Спилберга Ханина. Тест определяет уровень тревожности исходя из шкалы самооценки.

Результаты исследования: Наши исследования показали, что у 32 больных тест показал 46 баллов, что означает высокая тревожность, у 7-ми больных тест показал 43 балла, что означает средняя тревожность и у 1-го больного тест показал 28 балла, что означает низкая тревожность. Кроме этого тест показал, что личностная тревожность превалировала над ситуативной тревожностью. Всем больным, независимо от степени выраженности тревоги был рекомендован препарат Феварин 50мг, по одной капсуле вечером течение 7 дней, затем 100мг 1 таб вечером в течение месяца. Эффективность препарата оценивалась на 15 день от начала приёма.

На фоне приёма препарата больные отмечали регресс таких симптомов, как плаксивость, чувство тревоги, страха смерти, апатия, улучшение качества сна. Отмечали некоторое улучшение настроения, появление интереса к чтению книг, просмотра видеофильмов.

Выводы: одним из неизбежных осложнений «COVID-19» является постковидная депрессия, которую необходимо вовремя распознать и пролечить, так как нелечённая депрессия может повысить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Приём антидепрессантов является необходимым условием в лечение постковидной депрессии

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА У ШКОЛЬНИКОВ

Кахарова Д.М, Хошимова Д.Х, Мадаминхужаева Д.К
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность Всеобщая компьютеризация последних лет принесла с собой новые проблемы. Одна из них – компьютерный зрительный синдром (КЗС).

Цель. Целью нашего исследования явилось изучение различных проявлений КЗС у детей подросткового возраста и разработка протокола профилактики и лечения.

Материалы и методы. Под нашим динамическим наблюдением находились 60 пациентов в возрасте 12-14 лет, которые проводят более 4 часов за экранами мониторов. Все пациенты подвергались стандартному офтальмологическому обследованию, включающему в себя визометрию, скиаскопию, биомикроскопию, офтальмоскопию, авторефрактометрию. Также учитывались жалобы пациентов, проводилось исследование запаса аккомодации, исследование стабильности слезной пленки

Результаты. Проведя анализ данных вышеперечисленных исследований, мы выяснили, что 2/3 детей (39 человек) жаловались на зрительное утомление к вечеру, резь и чувство сухости в глазах, их покраснение. Признаки нестабильности слезной пленки наблюдались у 11 пациентов, у 46 из них имелась близорукость или спазм аккомодации.



Нами был разработан протокол профилактики КЗС:

1. Выявление и адекватная коррекция аномалий рефракции.
2. Соблюдение рационального режима зрительной нагрузки.
3. Стимуляция дезаккомодационных мышц препаратами.
4. Слезозаместительная терапия.
5. Витаминотерапия и антиоксидантная терапия.

Выводы. Таким образом, терапия КЗС безусловно должна быть комплексной и включать в себя все вышеперечисленные мероприятия.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ ЯЗВЫ РОГОВИЦЫ НА ФОНЕ НОШЕНИЯ МКЛ

Кахарова Д.М., Хошимова Д.Х., Мадаминхужаева Д.К
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность Гнойная язва роговицы - тяжелое заболевание глаз, исходом которого является грубое рубцевание роговицы со стойким снижением зрения, а в крайних случаях потеря глаза как органа. Наиболее агрессивно она протекает на фоне ношения мягких контактных линз.

Цель Анализ результатов лечения гнойной язвы роговицы на фоне ношения мягких контактных линз.

Материал и методы Под наблюдением находились 11 пациентов (11 глаз) с диагнозом: гнойная язва роговицы на фоне МКЛ. Пациенты поступали на фоне антибактериального лечения, в среднем, на 7 сутки от начала заболевания (в 3-х случаях на 20 день). Проводили визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, бактериологическое исследование поверхности роговицы.

Результаты Стойкой ремиссии удалось добиться у двух пациенток (принимали офтаквикс, тобрадекс, флоксимед). На фоне мощного консервативного лечения у 9 человек заболевание имело непрерывно-рецидивирующее течение с короткими периодами ремиссии. Последующие обострения протекали тяжелее, с множественными осложнениями: перфорация роговицы, вторичная гипертензия, осложненная катаракта; у 2-х больных - с лизисом хрусталика и выпадением оболочек глаза. В связи с неэффективностью консервативного лечения девяти пациентам была посоветована операция кератопластики. У 2-х больных дополнительно проведена экстракция катаракты. В отдаленном периоде 7 пациентов имели остроту зрения 0,3-0,4. У 2-х сделана операция энуклеации глаза.

Выводы Непрерывно-рецидивирующее течение, последующие тяжелые осложнения требуют выработки особой тактики лечения пациентов с гнойной язвой роговицы на фоне ношения мягких контактных линз. Большинству пациентов была посоветована операция кератопластики.



ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА НА ОСНОВАНИИ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА

Зилолахон К.Х

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Острый герпетический стоматит, занимает более 80% от всех заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей. Несмотря на то, что многие вопросы, связанные с лечением герпетической инфекции, успешно изучаются и достижения реализуются в практике, вопросы применения антисептических средств на этапе лечения острого герпетического стоматита освящены недостаточно.

Целью нашего исследования является снижение осложнений и риска рецидивов при лечении острого герпетического стоматита у детей путем оптимального назначения антисептических средств.

На данном этапе работы нами установлено, что частота осложнений зависит от применяемого лечения. Группой контроля представлены антисептические средства, применяемые по стандарту в стоматологической поликлинике – перекись водорода и раствор фурацилина. Частота осложнений в полости рта при этом составила 75,0%. Одной из исследуемых групп была группа, в которой применялась комбинация раствора хлоргексидина биглюконата и мирамистина. В данной группе этот показатель равен 46,9%.

Результаты лечения острого герпетического стоматита изучаемыми комбинациями антисептических средств с результатами, полученными при стандартном лечении, нами было обнаружено статистически значимое снижение частоты осложнений в ротовой полости во всех исследуемых нами группах. Не менее важным показателем, характеризующим качество лечения пациентов с острым герпетическим стоматитом, является наличие осложнений на коже. В результате проведенной работы нельзя не отметить тенденцию к снижению частоты осложнений на коже при использовании исследуемых антисептических средств по сравнению с результатами стандартного лечения. Так, например, в группе комбинаций раствора хлоргексидина биглюконата и мирамистина количество осложнений составило 15,6, в группе контроля 34,4 соответственно. Также нами было проведено сравнение полных сроков лечения до момента устранения всех клинических симптомов заболевания. Полученные значения свидетельствуют о наличии статистически значимых различиях между группами.

Вывод. **Результаты** предстоящего исследования позволят разработать практические рекомендации для проведения комплексного лечения острого герпетического стоматита



ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ ПЛЕЧЕВОГО И ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ.

Кетмонов А.Г., Исомиддинов З.Д., Рузиева Л.Д., Обиджонов М.Х.
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность. В настоящее время число лиц, страдающих от последствий ожогов, продолжает неуклонно расти. Хотя использование современных методов лечения существенно снизило летальность больных с глубокими ожогами, это не решило проблем с растущим числом инвалидов, среди которых 20-22% детей с развившимися послеожоговыми осложнениями в виде контрактур, дефектов тканей и трофических язв. В связи с этим реабилитация таких больных имеет важное социально-экономическое значение и является неотложной задачей сегодняшнего дня. Восстановление утраченных функций поражённых суставов является одним из основных направлений реконструктивной хирургии ожогов. Деформации локтевого сустава находятся на третьем месте по частоте поражения опорно-двигательного аппарата у детей с артрогрипозом и встречаются до 95% случаев. В ряде случаев при полном объеме пассивных движений наблюдается отсутствие активного сгибания в локтевом суставе.

Улучшить **Результаты** хирургического лечения обожженных детей путём разработки новых и усовершенствования существующих способов хирургического лечения рубцовых контрактур плечевого и локтевого сустава у детей.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно были изучены истории болезни 58 больных с послеожоговыми деформациями плечевого и локтевого суставов находившиеся на лечении в отделении челюст-лицевой и пластической хирургии детского многопрофильного медицинского центра Андижанского вилоята за период 2017-2022 гг.. Из этого 20 больных контрольной группой, 38 больных основной группы.

Результаты и их обсуждения. Иссечение рубцово-измененной ткани производили при наличии грубых, плотных рубцов и келоидных массивов, расположенных на передней или боковых её поверхностях 20 детей, что составляет 34,5 % от общего числа больных. После проведенного тщательного гемостаза раневой дефект закрывали свободным расщеплённым аутодермотрансплантатом толщиной 0,5 мм, взятой из передней поверхности бедра. Трансплантаты перфорировали кончиком скальпеля для обеспечения дренажной функции и предупреждения образования гематом, накладывали поперек раны, «взахлест» и фиксировали между собой и подлежащими тканями П-образными отдельными швами с завязыванием концов нити над марлевыми тампонами. На боковых поверхностях плечевого и локтевого суставов краям раны придавали зигзагообразную форму.

Там, где трансплантат неплотно прилегал к ране, его подшивали к подлежащим тканям отдельными швами, которые завязывали над марлевыми тампоном, смоченным



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



раствором антисептика. Кроме того, равномерное придавливание трансплантата осуществлялось с помощью фиксирующей давящей повязки и гипсовыми лангетами. Первую перевязку производили на 4-5 сутки. Снимали растягивающие швы, имеющиеся гематомы удаляли. На трансплантаты накладывали марлевые салфетки, смоченные раствором антисептика (фурацилин 1:5000, бетадин).

Результаты оперативного лечения послеожоговых рубцовых деформаций и контрактур сроком от 3 месяца до 1 год наблюдалось у 20 больных. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдалось у 4 (20%) детей, у которых возникли небольшие очаги некроза (0,5-1,0см), обусловленные наличием гематом, некрозом тканей после коагуляции или легирования сосудов.

Метод полнослойной кожной пластики был использован у 38 детей от общего числа больных.

Иссечение рубцово-измененной ткани производили при наличии грубых, плотных рубцов и келоидных массивов, расположенных на передней или боковых её поверхностях.

Рубцы иссекали вместе с измененной кожной мышцей. Редрессация. После проведенного тщательного гемостаза раневой дефект закрывали полнослойным аутоотрансплантатом, взятом из передней поверхности бедра с помощью скальпеля. Донорскую рану ушивали. Накладывали поперек раны, «взахлест» и фиксировали между собой и подлежащими тканями П-образными отдельными швами с завязыванием концов нити над марлевыми тампонами. На боковых поверхностях плечевого и локтевого суставов краям раны придавали зигзагообразную форму.

Там, где трансплантат неплотно прилегал к ране, его подшивали к подлежащим тканям отдельными швами, которые завязывали над марлевыми тампоном, смоченным раствором антисептика. Кроме того, равномерное придавливание трансплантата осуществлялось с помощью фиксирующей давящей повязки и гипсовой лангеты. Первую перевязку производили на 5-6 сутки. Снимали растягивающие швы, имеющиеся гематомы удаляли. На трансплантаты накладывали марлевые салфетки, смоченные раствором антисептика (фурацилин, бетадин, глицерин).

Вывод. Отдаленные **Результаты** в контрольной группе изучены у 20 (из 58) больных. У 16 (80%) больных получены хорошие функциональные и косметический **Результаты.** У 4 (20%) больных были неудовлетворительные **Результаты.**

Отдаленные **Результаты** в основной группе изучены у 38 (из 58) больных. У 36 (95%) больных получены хорошие функциональные и косметический **Результаты.** У 2 (5%) больных были неудовлетворительные **Результаты.**



АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЬНЫХ С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА РСНПМЦ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ

Киргизбаева Д., Урманбаева Д.А., Ибрагимова М.А.
АНДИЖАНСКИЙ ФИЛИАЛ РСНПМЦ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: В настоящее время, несмотря на раннюю диагностику, профилактику и значительные успехи в лечении рака молочной железы (РМЖ), по причине высокого уровня смертности, инвалидности и колоссального экономического ущерба, РМЖ остается одной из самых актуальных проблем Всемирной организации здравоохранения. РМЖ является одним из самых опасных и широко распространенных болезней, занимающих лидирующее место в структуре смертности среди населения нашей планеты. Согласно данным Международного агентства по изучению рака (IARC-International agency for research of cancer) совместно с Всемирной организацией здравоохранения, «рак молочной железы (РМЖ) является наиболее часто встречаемым заболеванием среди представителей обоих полов во всем мире и занимает среди причин смертности второе место в общей онкоструктуре после рака лёгких и первое место в онкоструктуре женских репродуктивных органов». Если взглянуть на данные онкологической базы мирового здравоохранения и GLOBOCAN за 2018 год, «В 2018 году выявлены 2,1 млн случаев заболевания с РМЖ по всему миру. Среди общих причин смертности среди женской популяции занимал пятое (627 000 смертей в 2018 году, 6,6 %), а в общей онкоструктуре – первое место (15 % в 2018 году)». «В 2020 году зарегистрированы 2,2 млн случаев, за период своей жизни, каждая двенадцатая женщина заболевает РМЖ, в текущем году 685 000 скончались из-за этого заболевания».

Материалы и методы. Изучены **Результаты** обследования 236 женщин с предраковыми заболеваниями молочной железы.

Результаты и обсуждения. Средний возраст женщин с предраковыми заболеваниями молочной железы в основной группе составил 39,56±1,04 лет в контрольной- 39,19±1,22 лет. В основной группе M/m36, в контрольной M/m-35, что >2 и соответствует высокой степени статистической достоверности средних величин с вероятностью более чем 99,7%.

Предраковые заболевания молочной железы встречаются в любом возрасте, но чаще в возрасте от 18 до 55 лет, в репродуктивном и пременопаузальном периодах. Среди обследованных нами женщин наибольшая частота заболеваний молочной железы шейки наблюдалась у пациенток в возрасте от 25 до 55 лет.

Анализ жалоб показал, что 32 женщины основной группы и 35 женщин контрольной группы не предъявляли жалоб. Боли разного характера в области молочной железы перед менструального цикла 40 женщин основной группы и 27 женщин контрольной



группы. На выделения из сосков молочных желёз жаловалось 29 женщины основной группы и 24 контрольной группы. На уплотнение молочных желёз, 24 женщин основной группы и 25 контрольной.

Вывод При изучении анамнеза пациенток в основной и контрольной группах наблюдались следующие факторы риска: ожирение, анализировалось наличие гинекологических и эндокринологических заболеваний, умеренные и чрезмерные нарушения секреторной, менструальной, половой и репродуктивной функций, так как НМОЦ, наличие множественных аборт, неправильное грудное вскармливание и др.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ И СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Киргизбаева Д., Урманбаева Д.А., Расулова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Андижанской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Рак молочной железы (РМЖ) является одной из актуальных медико-социальных проблем современной онкологии за счет распространенности и психологических аспектов, связанных с проблемами социальной адаптации. В мире ежегодно регистрируется более 1,3 млн. случаев заболевания. Данная форма опухоли относится к тем ракам, среди которых в последние десятилетия сохраняются тенденции роста показателей заболеваемости как в развитых (1,0-2,0% в год), так и в развивающихся. Рак молочной железы является одной из основных локализаций среди злокачественных опухолей у женщин региона, а показатели заболеваемости и смертности, тенденцию к росту.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. На основе онкоэпидемиологических исследований обосновать мероприятия по профилактике и ранней диагностике рака молочной железы среди женского населения Андижанской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. При изучении эпидемиологических и статистических данных по РМЖ служили отчетные формы и амбулаторные карты учетных больных, которые находились на диспансерном учете с 2016 по 2018год. За 2010 - 2017 гг. в регионе было зарегистрировано 1130 женщин с впервые в жизни установленным диагнозом РМЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. На территории Андижанской области с 2017 по 2022 г. зарегистрировано 1130 случаев РМЖ. Абсолютное число заболевших в 2013 г. в 1,5 раза больше, чем в 2010 г. Удельный вес РМЖ в структуре онкозаболеваемости женской популяции вырос с 18,1 до 19,7%. В наибольшей степени



негативные последствия РМЖ актуальны для женщин трудоспособного возраста. В возрасте до 55 лет удельный вес заболевания в структуре онкопатологии составляет 24,8%, т.е. каждая четвертая злокачественная опухоль, обнаруженная у женщин этого возраста, является опухолью молочной железы.

Выводы. Рак молочной железы занимает 1-е место (19,7%) в структуре онкологической заболеваемости женского населения. Стандартизованный показатель заболеваемости составляет $42,0 \pm 0,5$, интенсивный - $62,1 \pm 0,6\%$. Среднегодовой темп прироста заболеваемости с 2010 по 2017 г. (2,0%) выше. Прирост связан в большей мере с увеличением риска заболеть (24,6%) и изменениями возрастной структуры населения (11,7%). К 2022 г. прогнозируется рост заболеваемости в 1,2 раза. На уровень заболеваемости РМЖ в женской популяции оказывают влияние медико-демографические факторы: продолжительность жизни (22,9%), рождаемость в фертильном возрасте (19,4%), миграция (18,0%), смертность в трудоспособном возрасте (14,6%) и разводимость (7,4%).

РАННЯЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ НЕКРЕКТОМИЯ ПРИ ГЛУБОКОМ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ КОЖИ У БЕРЕМЕННЫХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ковальчук-Болбатун Т. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность темы. Одним из путей повышения эффективности лечения глубокого термического ожога кожи признается выполнение ранней хирургической некрэктомии (РХН) уже в остром периоде ожоговой травмы. Раннее удаление ожогового струпа у обожженных уменьшает выраженность катоблических реакций, снижает интенсивность реакций перекисного окисления липидов (ПОЛ), нарушений клеточного и гуморального звеньев иммунной защиты, предотвращает развитие сепсиса. Однако, иссечение некротизированных тканей является достаточно травматичной операцией, сопровождается значительной кровопотерей и может привести к ухудшению состояния беременной с термической травмой. В литературе не представлены данные о влиянии РХН на состояние гомеостаза беременной и дальнейшее течение беременности.

Цель исследования. Изучить влияние РХН у беременных с глубоким термическим ожогом кожи на состояние гомеостаза организма матери и течение беременности в эксперименте.

Материалы и методы исследования. Экспериментальное исследование проведено на 54 беременных крысах массой 200-250г., которые были разделены на три группы. Контрольная группа – беременные интактные крысы, первая опытная группа – беременные крысы с глубоким термическим ожогом кожи, вторая опытная группа – беременные крысы с глубоким термическим ожогом кожи, которым выполнялась РХН. С



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



разрешения комитета по биомедицинской этике и деонтологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» ожог наносили после введения тиопентала натрия (внутрибрюшинно, в дозе 50 мг/кг). Методика выполнения экспериментальной травмы предусматривала ожог III степени освобожденной от шерсти кожи спины. Ожог наносили на 3 сутки беременности (1 днем беременности считался день обнаружения сперматозоидов во влагалищных мазках) горячей жидкостью (вода) 99-100°C в течение 15 секунд специально разработанным устройством. В результате воздействия термического агента создавались стандартные по площади (около 12см²) ожоговые раны. РХН выполняли через 3 суток после моделирования термической травмы, под обезболиванием. Далее на рану накладывали D4 повязку, крепили предохранительную камеру. Под адекватным наркозом на 13-е и 20-е сутки беременности животные **Выводились** из эксперимента, производился забор смешанной венозной крови, путем интракардиальной пункции. На газоанализаторе Stat Profile рНОх plus L определяли показатели кислородтранспортной функции крови (КТФК). Проокислительно-антиокислительное состояние оценивали по концентрации первичных – диеновые конъюгаты (ДК) и промежуточных – малоновый диальдегид (МДА) продуктов ПОЛ в плазме крови и показателей антиокислительной защиты (АОЗ): α -токоферола, ретинола, церулоплазмина и активности каталазы. Биохимический анализ крови выполняли на автоматическом биохимическом анализаторе Mindray BS-300 (Китай). Для оценки течения беременности рассчитывали преимплантационную смертность плодов (разность между количеством желтых тел в яичниках и количеством мест имплантации в матке от общего количества желтых тел, в процентах), постимплантационную смертность плодов (разность между количеством мест имплантации и количеством живых плодов в матке от количества мест имплантации, в процентах) и общую эмбриональную смертность (разность между количеством желтых тел беременности и живыми плодами от количества желтых тел в яичниках, в процентах).

Результаты исследования. На 13-е сутки беременности у крыс с глубоким термическим ожогом кожи наблюдались нарушения КТФК: рО₂ снизилось на 24,8%, SO₂ на 18,2% (p<0,05) по отношению к контрольным значениям, что свидетельствует об ухудшении кислородного обеспечения организма беременной крысы с термической травмой и развитии гипоксии. После выполнения РХН отмечалось более выраженное снижение данных показателей: рО₂ снизилось на 30,5%, SO₂ – на 24,4% (p<0,05). На 20-е сутки беременности достоверных различий между группами сравнения не установлено. У беременных крыс в результате моделирования глубокого ожога отмечался значительный подъем концентрации ДК в плазме крови – на 75% (p<0,05), после проведения РХН – на 116,7% (p<0,05) в сравнении с контрольной группой. Уровень данного первичного продукта ПОЛ оставался увеличенным на 66,7% (p<0,05) и на 20-е сутки беременности в обеих опытных группах в сравнении с контролем. Содержание МДА в обеих опытных группах на 13-е сутки беременности было повышено в сравнении с контрольной группой, на 20-е сутки не отличалось от контрольных значений. На фоне возросшей активности



процессов ПОЛ отмечалось значительное угнетение механизмов антиоксидантной защиты в обеих опытных группах, проявляющееся снижением активности каталазы и уровня α -токоферола и ретинола. В биохимическом анализе крови необходимо отметить наличие выраженной гипергликемии (8,1 (7,5; 9,2) ммоль/л ($p < 0,05$)) после выполнения РХН.

Прерывание беременности наблюдалось у 33,3% крыс как в первой опытной группе, так и во второй опытной группе. Значения преимплантационной смертности плодов в первом и втором опыте составили 38,5% и 39,6%, соответственно, постимплантационной смертности плодов – 25% и 28%, в контроле оба показателя равны 0%.

Вывод. РХН у беременных крыс с глубоким термическим ожогом кожи ухудшает кислородтранспортную функцию крови, снижает уровень антиоксидантной защиты и приводит к умеренному росту преимплантационной и постимплантационной смертности плодов.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).

Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К
Андижанский Государственный медицинский институт

В клинических исследованиях установлено, что ВИЧ – инфекция/СПИД чаще всего протекает с респираторной симптоматикой и осложняется пульмонологическим континуумом. Однако, до настоящего времени отсутствуют специальные исследования по изучению особенностей клинического течения хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) на фоне ВИЧ - инфекции.

Цель исследования - популяционный анализ клинических признаков хронической обструктивной болезни легких у ВИЧ - инфицированного населения.

Материалы и методы: на репрезентативной выборке (507 чел.) ВИЧ - инфицированного населения проводилось эпидемиологическое исследование. Обращали внимание на длительность «пульмонологического» анамнеза, длительность ХОБЛ, наличие наследственной отягощенности, табакокурения, систематический прием наркотических и ненаркотических препаратов, связь начала обострения ХОБЛ с началом ВИЧ - инфекции, сезонность течения болезни на фоне СПИДа. Критерии ХОБЛ устанавливались на основании вопросника ВОЗ.

Результаты и Выводы: было замечено, что 98,8% что ВИЧ - больных нуждались в усилении терапии, в том числе по поводу ХОБЛ. ХОБЛ у ВИЧ – инфицированных (ВИЧа ХОБЛ) ассоциировалась со значимым увеличением депрессивной симптоматики, случаев гриппа и катара верхних дыхательных путей (два - четыре раза в



год), упорного кашля (в течение дня или ночи или по утрам) с выделением мокроты, одышки, потливости (днем и ночью), приступов удушья и симптомов ассоциированных конкурирующих заболеваний. При ВИЧ-инфекции ХОБЛ достоверно часто преобладали или наблюдались симптомы таких классических аутоиммунных заболеваний как пневмония (у 61,6% пациентов), острые аллергозы (крапивница) и лекарственные аллергии (в 23,7% случаев), гепатиты и гломерулопатии (в 75,8% случаев), опоясывающий лишай (у 10,0% пациентов) и дерматит (у 25,3% больных).

В подавляющем большинстве случаев (78,1% больных) эпизоды случаев простудных заболеваний участились более чем 4 - 6 раз в год, имела место отсутствие температуры (у 28,9% больных) и затяжная лихорадка (у 36,4%).

В целом, следует указать, что клинические признаки ВИЧ-инфекции ХОБЛ довольно разнообразны. Отмечено не только легочные (их 8), но и внелегочные признаки (снижение массы тела, головная боль по утрам, нарушение сна), а также такие синдромы как инфекционный (части ОРВИ, хронический субфебрилитет, стоматит), аллергический (дерматиты, аллергические болезни, опоясывающий лишай), аутоиммунный (гепатит, гломерулонефрит, неврологические расстройства) и очень характерные патологические сдвиги в лабораторных показателях.

ПРОБЛЕМЫ СОЧЕТАНИЯ ЛИПИДНЫХ НАРУШЕНИЙ С ХОБЛ НА ФОНЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ.

**Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Проблеме сочетания липидных нарушений с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на фоне ВИЧ - инфекции посвящено незначительное число, в основном, клинических исследований. Следует подчеркнуть, что новый эпидемиологический материалы практически нет и недостаточно освещены в современной литературе.

Цель исследования- изучение распространенности липидных факторов риска с ХОБЛ на фоне ВИЧ - инфекции/СПИДа.

Материалы и методы: репрезентативная выборка (507 человек) сформирована с помощью специально разработанной компьютерной программы для популяционного анализа. В выборку для эпидемиологического исследования включались все ВИЧ - инфицированные лица, отвечающие критериям отбора. При диагностике ХОБЛ и факторов риска (липидных нарушений) использовались рекомендации ВОЗ (2003).

Результаты и Выводы: у женщин и мужчин ВИЧ - инфицированных отмечены следующие тенденции в уровнях распространенности липидных нарушений: гиперхолестеринемия выявлена с частотой - 29,7% и 36,8% соответственно у женщин и мужчин ($P > 0,05$), гипертриглицеридемия отмечена в уровнях - 26,2% и 34,4% ($P < 0,05$).



С возрастом возрастного диапазона наблюдалось равномерное увеличение распространенности изученных липидных факторов риска ХОБЛ у ВИЧ - инфицированных: гиперхолестеринемии - с 25,8% (20 - 29 лет) до 50,0% (в 60 - 69 лет) или в 1,9 раз, на 24,2% ($P < 0,05$); гипертриглицеридемии - с 23,9% до 50,0%, на 26,1% или в 2,1 раза ($P < 0,01$).

С **Целью** популяционного подтверждения факта наличия связи липидных факторов риска с ХОБЛ у ВИЧ - инфицированных и оценку степени этих связей было проведено изучение связи гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии с ВИЧ - ассоциированной ХОБЛ. Как следует из данных наших исследований, при наличии гиперхолестеринемии у ВИЧ - инфицированного населения относительная вероятность наличия ХОБЛ увеличивается в 1,9 раз ($P < 0,05$), а при наличии гипертриглицеридемии - в 3,1 раз ($P < 0,01$).

И так, на риск развития ВИЧ - ассоциированного ХОБЛ, по нашим анализам, достаточно чувствительного вклада вкладывают липидные нарушения.

ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НА ФОНЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ.

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

Среди прочих проблем ситуация с хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ) на фоне ВИЧ – инфекции, заслуживает особого внимания. Это в определенной степени связано с не изученностью аспектов эмфиземы легких (ЭЛ), как основная часть ХОБЛ, у популяции ВИЧ – инфицированных (ВИЧ ЭЛ).

Цель исследования – изучение эпидемиологических и профилактических особенностей эмфизема легких на фоне ВИЧ – инфекции.

Материал и методы: эпидемиологическое исследование на репрезентативной выборке (507 чел.) популяции ВИЧ – инфицированных с использованием эпидемиологических, биохимических и инструментальных методов.

Результаты и Выводы: ВИЧ ЭЛ на уровне популяции, установлена сравнительно меньшей распространенностью (3,0%). С высокой частотой характеризовалась у ВИЧ – популяции мужчин (9,5%). Чем у ВИЧ – женщин (4,9%); $P < 0,05$.

В зависимости от возраста ВИЧ ЭЛ регистрировалась следующим образом: в возрастном диапазоне 20 – 29 лет – 3,7%, 30 – 39 лет – 5,6%, 40 -49 лет 14,3% и 50 – 59 лет – 14,3%. В целом, в зависимости от возраста ВИЧ – популяции выявляемость эмфиземы легких увеличивается до 14,3% или более чем в 4 раза ($P < 0,01$).



Такого анализе доступной литературе мы не встретили и кроме того, нам показался интересным изучение эпидемиологических показателей факторов риска ВИЧа ЭЛ в различных возрастных группах обследованных.

Из наших данных следует, что начиная с 30 – летнего возраста ВИЧи – популяции отмечается резкий “скачок” в показателя факторов риска ВИЧа ЭЛ.

Распространенность курения регистрируется в связи возрастом с увеличением на 45,7%, ($P<0,001$), артериальной гипертонии на 22,8% ($P<0,001$), избыточной массы тела на 2,5% ($P>0,05$), избыточного потребления алкоголя на 40% ($P<0,01$), нерационального питания на 35,2% ($P<0,01$) и потребление наркотических веществ на 31,5% ($P<0,01$).

В целом, полученные нами данные указывают на высокую распространенность известных общих факторов риска неинфекционных патологий у популяции ВИЧа ЭЛ. Требуется активное проведение профилактических мероприятий устранения выявленных приоритетных факторов риска, “при **Цельного**” обследования и дифференцированного лечения в обследованных группах высокого риска, контингента популяции ВИЧ - инфицированных.

ВИЧ ИНФЕКЦИЯ ЗА КАЧЕСТВЕ ОСОБОГО ТРЕБУЮЩЕГО СКРИНИНГОВОГО НАДЗОРА, ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ.

**Кодиров Д.А., Усманова У.И., Ниёзова Ё.М., Абдувалиева Г.Т.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Современные исследователи утверждают, что ВИЧ – инфекция особая, она угрожает существованию самого рола человеческого как биологического вида. Болезнь смертельна и если не удаляется в ближайшие годы найти эффективные средства и методы профилактики этого заболевания, перед человечеством встает реальная угроза вымирания.

Цель исследования - изучение особенностей выявляемости и клинического течения хронических обструктивных болезней легких на фоне Вич - инфекции.

Материалы и методы: 2 - летний скрининг у 507 ВИЧ - инфицированного населения, мониторинг хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) с применением унифицированных и стандартизованных опросных, клинических, инструментальных методов.

Результаты и Выводы: на фоне Вич - инфекции ХОБЛ установлена с высокой частотой 39,1%. Обращает на себя внимание факт сравнительно более редкого (в 1,6 раза) выявления у ВИЧ - инфицированных женщин ($P<0,05$). В отдельных возрастных группах наблюдается со следующими показателями распространённости: в 20 - 29 лет - 25,8% в 30 - 39 лет - 37,8%, в 40 - 49 лет - 75,4% и в 50 - 59 лет - 87,5%. С возрастом



распространенность Хобл на фоне ВИЧ - инфекции увеличивается на 61,7%, то есть в 3,4 раза ($P < 0,01$).

Интересным представляется данные о распространенности ХОБЛ на фоне ВИЧ - инфекции в зависимости от степени её тяжести. Мы в ходе нашего исследования провели такого анализа. Было выявлено, что на фоне ВИЧ - инфекции распространенность ХОБЛ, я определен по степени тяжести, я была следующей: ХОБЛ I – й стадии - 3,3%, ХОБЛ II - й стадии - 8,2%, ХОБЛ – III - й стадии - 1,6% и ХОБЛ IV - й стадии - 11,2%.

Необходимо учитывать и то, что среди ВИЧ инфицированных больных в основном наблюдается тяжелые (16,4%) и крайне тяжелые формы (11,2%) ХОБЛ. С легким течением выявлено лишь в 3,3% случаев, а в 8,2% случаев отмечено ХОБЛ средний тяжелым течением ($P < 0,001$). Очевидно что ХОБЛ IV - й стадии по сравнению с ХОБЛ I - й стадии, на фоне ВИЧ инфекции встречаются в 3,4 раза больше ($P < 0,001$), а ХОБЛ III - й стадии выявляется с увеличением в 5 раза ($P < 0,001$). Среди популяции ВИЧ - инфицированных ХОБЛ II - й стадии по сравнению с ХОБЛ I - й стадии наблюдается с увеличением в 2,4 раза ($P < 0,01$).

Следовательно, можно будет утверждать, что ВИЧ - инфекция является, несомненно, сравнительно сильным фактором риска развития утяжеление ХОБЛ, что требует пристального эпидемиологического постоянного надзора и активного профилактирования среды ВИЧ - инфицированного населения.

ИЗУЧЕНИЕ ЭТНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ.

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

Цель. Изучение распространенности этнических особенностей хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) среди популяции ВИЧ-инфицированных г.Андижана в зависимости от степени тяжести.

Методы: В условиях г.Андижана с использованием комплексного метода отбора в течение 2008-2009 годы обследованы 507 больных ВИЧ-инфицированных / СПИД, находившихся в диспансерном учете и наблюдении в региональном центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

Результаты. Изучение показателей распространенности различных стадий ХОБЛ в зависимости от этнических особенностей популяции ВИЧ-инфицированных показало, что они были наивысшими (в 1,4 раза) у мужчин, чем у женщин ($P < 0,05$). Из приведенного статистического анализа следует, что различные стадии ХОБЛ у мужчин и женщин – ВИЧ-инфицированных выявлялись следующей распространенностью: ХОБЛ I стадии – по 3,1 и 1,1% ($P < 0,001$), ХОБЛ II стадии – по 12,0 и 6,8% ($P < 0,05$), ХОБЛ III стадии –



по 19,7 и 13,3% ($P>0,05$). Тяжелая и крайне тяжелая ХОБЛ наблюдаются в 6,4 (ХОБЛ III стадия) и 4,2 раза (ХОБЛ IV стадия) чаще по сравнению ее легкими формами у мужчин ($P<0,001$). Аналогичная тенденция отмечается и среди обследованных женщин: ХОБЛ IV стадии и III стадии по сравнению с легкой степени заболевания у них выявлены с увеличением на 24,9% или в 9 раз ($P<0,001$) и на 12,2% или в 12,1 раз ($P<0,001$) – соответственно.

Обращает на себя внимание факт значительно более редкого выявления легких форм ХОБЛ во всех возрастных группах обследованных, что свидетельствует о низкой возможности обратного развития этого состояния на фоне ВИЧ-инфекции. Во всех возрастах прослеживаются довольно высокие показатели распространенности ХОБЛ с крайне тяжелым, тяжелым и среднетяжелым течением. Так, ХОБЛ I стадии увеличивается с 1,5% (в группе лиц 20-29 лет) до 6,2% (в группе 40-49 лет), то есть в 4,1 раза ($P<0,001$). Случаев ХОБЛ I стадии в старших возрастных группах (50-59 и 60-69 лет) не встречались (0,0%).

Частота ХОБЛ II стадии в различных возрастных группах выявлены следующим образом: в 20-29 лет – 5,6%, в 30-39 лет – 8,1%, в 40-49 лет – 9,2%, в 50-59 лет – 0,0% и в 60-69 лет – 0,0%. Отмечено увеличение распространенности ХОБЛ II стадии с возрастом на 3,6% или в 1,6 раза ($P<0,05$).

Среди обследованных в возрастной группе 20-29 лет распространенность ХОБЛ III стадии в целом отмечены у 10,2%, в 30-39 лет – у 13,2%, в 40-49 лет – у 27,7%, в 50-59 лет – у 12,5% и в 60-69 лет – 0,0%. С возрастом частота выявляемости тяжелых форм ХОБЛ возрастает на 17,5%, то есть в 2,7 раз ($P<0,01$). Распространенность крайне тяжелых форм ХОБЛ на фоне ВИЧ-инфекции в различных возрастных группах выявлены со следующей частотой: в 20-29 лет – 7,6%, в 30-39 лет – 11,1% (с увеличением на 3,5%, $P>0,05$), в 40-49 лет – 23,1% (с увеличением выявляемости в 3 раза, $P<0,01$), в 50-59 лет – 25,0% (с возрастанием в 3,3 раза, $P<0,01$) и в 60-69 лет – также 25,0% ($P<0,01$).

Выводы. Таким образом, оказалось, что наиболее высокие показатели заболеваемости и тяжелые формы ХОБЛ у обследованных наблюдаются во всех возрастных группах. Однако, сравнительно высокие показатели распространенности тяжелых форм ХОБЛ, все-таки, приходится на возрастные группы 30-39, 40-49 и 50-59 лет.

ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА

Кодиров Д.А., Салохиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К.
Андижанский Государственный медицинский институт.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель. Выявление и оценка распространенности основных модифицируемых факторов риска (МФР) хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) на фоне ВИЧ-инфекции.

Методы: В условиях г.Андижана с использованием комплексного метода отбора в течение 2008-2009 годы обследованы 507 больных ВИЧ-инфицированных / СПИД, находившихся в диспансерном учете и наблюдении в региональном центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

Результаты. Среди обследованных отмечено сравнительно высокая распространенность МФР в следующих уровнях: курение – 30,6%, потребление наркотических веществ – 28,4%, отсутствие физической активности – 88,5%, нерациональное питание (включая недостаточное потребление овощей и фруктов) – 71,8%, избыточное потребление алкоголя – 31,7%, избыточная масса тела – 4,1%, пониженная масса тела – 83,0% и артериальная гипертония – 19,7%.

Необходимо отметить, что распространенность МФР в обследованной группе популяции ВИЧ-инфицированных существенно различались. Значительно реже отмечалась ИМТ, у каждого 5-го обследованного выявлялась АГ, в уровнях 30,6 и 28,4% встречались курение и потребление наркотических веществ, избыточное потребление алкоголя наблюдалась в 31,7% случаев. Существенно выше были уровни отсутствие физической активности (ОФА), нерациональное питание (НРП) и пониженная масса тела (ПМТ).

Как у женщин, так и у мужчин отмечается существенно различающийся высокие показатели распространенности (кроме низких уровней курения, потребление наркотических веществ (ПНВ), избыточное употребление алкоголя (ИПА), избыточная масса тела (ИМТ) и артериальная гипертония (АГ) у женщин) МФР. Так, установлено следующие уровни распространенности модифицируемых факторов риска в популяции ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин 20-69 летнего возраста – соответственно (таблица 10): курение – 3,4 и 59,8% ($P < 0,001$), ПНВ – 2,3 и 56,6% ($P < 0,001$), ОФА – 85,6 и 91,8% ($P > 0,05$), НРП – 61,5 и 82,7% ($P < 0,05$), ИМТ – 3,4 и 4,9% ($P > 0,05$) и АГ – 15,2 и 24,6% ($P < 0,05$).

Все модифицируемые факторы большей частотой встречались у мужчин, чем у женщин. Так, курение встречалось в 17,6 раза чаще, потребление наркотиков наблюдалось в 24,6 раза больше и отсутствие физической активности отмечалось в 1,1 раз чаще, избыточное потребление алкоголя разнялось в 23,2 раза, избыточная масса тела встречалась в 1,4 раза больше, случаев пониженной массы тела отмечено с разницей в 1,6 раза, АГ выявлялась с разницей в уровнях 1,6 раза больше у мужчин.

Выводы. Можно говорить о том, что для популяции ВИЧ-инфицированных характерен высокая встречаемость модифицируемых множественных факторов риска, имеющие в отношении ХОБЛ наиболее неблагоприятный прогноз на фоне ВИЧ-инфекции / СПИДа.



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ АССОЦИИРОВАННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА

Кодиров Д.А., Салохиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю.
Андижанский Государственный медицинский институт.

Цель. Изучение распространенности некоторых ассоциированных патологических состояний хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) на фоне ВИЧ-инфекции.

Методы: Основную группу (507 чел.) популяции формировали из ВИЧ-инфицированных мужчин (263) и женщин (244) в возрасте 20-69 лет, наблюдавшихся в Андижанском областном СПИД Центре в 2009 г.

Результаты. Отмечено, что на фоне ВИЧ-инфекции у обследованных наиболее часто встречались инфекции дыхательных путей (ИППП) (31,4%), гломерулярные патологии (ГП) (29,7%), туберкулез легких (11,0%), сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) (7,1%) и гепатит С и В (6,9%). Сравнительно с меньшей частотой отмечались такие заболевания как опухоли легких (1,0%, $P < 0,001$), эндокринные нарушения (2,0%, $P < 0,001$), инфекции передаваемые половым путем (3,7%, $P < 0,001$), аллергические болезни (2,8%, $P < 0,001$) и сифилис (1,8%, $P < 0,001$).

Анализ распространенности ассоциированных состояний среди ВИЧ-инфицированной популяции мужчин и женщин 20-69 летнего возраста в отдельности показал, что они встречаются с неодинаковой частотой, больше у мужчин, следующим образом соответственно: туберкулез легких – по 16,4 и 6,1% ($P < 0,01$), ИДП – по 37,7 и 25,5% ($P < 0,05$), опухоли легких – по 1,2 и 0,4% ($P < 0,01$), ГП – по 34,4 и 25,1% ($P < 0,05$), эндокринные нарушения – 1,2 и 2,7% ($P > 0,05$), ИППП – по 4,0 и 3,8% ($P > 0,05$), аллергические болезни – по 2,0 и 3,4% ($P > 0,05$), ССЗ – по 13,1 и 1,5% ($P < 0,001$) и сифилис – по 0,8 и 2,3% ($P > 0,05$, отмечено больше у женщин).

Обращает на себя внимание сравнительно высокие показатели туберкулеза легких, ГП, гепатитов В и С и ССЗ у мужчин и высокая распространенность – эндокринных нарушений аллергических болезней и сифилиса у женщин ($P < 0,01$).

Все ассоциированные патологические состояния с подавляющей высокой частотой наблюдались в возрастных группах 30-39, 40-49 и 50-59 лет. Так, туберкулез легких в 20-29 лет выявлен у 5,6%, в 30-39 лет – у 13,2% ($P < 0,01$), в 40-49 лет - у 18,5% ($P < 0,001$), в 50-59 лет – у 25,0% ($P < 0,001$) и в 60-69 лет – не отмечены (мало случаев).

В группе обследованных лиц 30-39 лет установлено наличие ассоциированных состояний со следующей распространенностью: туберкулез легких – 13,2%, ИДП – 33,2%, гепатит С и В – 7,2%, опухоли легких – 1,3%, ГП – 33,6%, эндокринные нарушения – 2,1%, ИППП – 3,0%, аллергические болезни – 3,8%, ССЗ – 8,5% и сифилис – 1,7%. Как уже было упомянуто выше, по сравнению с этими показателями в возрастной группе 20-29 лет



выявляемость всех этих сопутствующих заболеваний было значительно меньше: инфекции дыхательных путей – 26,5%, гепатиты В и С – 2,0% ($P < 0,001$), опухоли легких – 0,5% ($P < 0,01$), гломерулярные патологии – 21,8% ($P < 0,05$), эндокринные нарушения – 2,0% ($P > 0,05$), инфекции передаваемые половым путем – 5,1% ($P > 0,05$), аллергические болезни – 2,5% ($P > 0,05$), ССЗ – 3,6% ($P < 0,01$) и сифилис – 1,5% ($P > 0,05$).

Очевидно, что более значительная распространенность ассоциированных состояний выявлено и в возрастной группе 40-49 лет: туберкулез легких отмечено у 18,5% ($P < 0,001$), ИДП – у 41,5% ($P < 0,05$), гепатиты В и С – у 20,0% ($P < 0,001$), ГП – у 38,5% ($P < 0,05$), эндокринные нарушения – у 1,5% ($P > 0,05$), ИППП – также у 1,5% ($P > 0,05$), ССЗ – у 13,8% ($P < 0,001$) и сифилис – 1,5% ($P > 0,05$). Случаев опухоли легких и аллергических болезней не наблюдались.

Среди лиц в возрасте > 50 лет высокой частотой выявлялись туберкулез легких – 25,0% ($P < 0,001$), инфекции дыхательных путей – 12,5% (в возрастной группе 50-59 лет, $P > 0,05$) и 50,0% (в 60-69 лет, $P < 0,05$), гломерулярные патологии – 37,5% ($P < 0,05$) и инфекции передаваемые половым путем – 12,5% ($P < 0,01$). Не отмечено гепатиты В и С (0,0%), опухоли легких (0,0%), эндокринные нарушения (0,0%), аллергические болезни (0,0%), ССЗ (0,0%) и сифилис (0,0%).

Выводы. Приведенные данные указывают на высокую распространенность модифицируемых факторов риска развития ХОБЛ и социально значимых заболеваний среди ВИЧ-инфицированной популяции: туберкулеза легких, инфекции респираторной системы, гепатитов В и С, опухолей легких, гломерулярных патологий (в основном пиелонефрита и гломерулонефритов), эндокринных нарушений (в основном – сахарного диабета, гипотиреоза, хронической надпочечниковой недостаточности), инфекции, передаваемые половым путем, аллергических болезней, сердечно-сосудистых заболеваний и сифилиса, что требует активного проведения профилактических мероприятий, устранения МФР, обследования и лечения в данных группах высокого риска.

СВОЕВРЕМЕННАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

М.А. Кадыров

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Особенность своевременной транспортировки новорожденных с врожденной хирургической патологией к транспортировке в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Материалы и методы. В отделении реанимации и интенсивной терапии в областной детский многопрофильный медицинский центр город Андижан за период с



января по декабрь 2022 года пролечено 32 ребенка с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки, из которых мальчиков было 13, девочек -19. Среди причин госпитализации выделены следующие заболевания: атрезия пищевода -10 детей, атрезия ануса-6, омфалоцеле -6, атрезия 12-перстной кишки-4, атрезия подвздошной кишки -2, гастрошизис -2, диафрагмальная грыжа -2 детей. На момент поступления в стационар: средний возраст составил 3,6 суток, интубировано-22 ребенка, назогастральный зонд установлен у 26 детей.

Результаты. У детей, переведенных в отделении реанимации и интенсивной терапии на ранних сроках после диагностики патологии, госпитализированных с установленным назогастральным зондом, на ИВЛ(по показаниям), развитие аспирационной пневмонии, явления выраженного токсикоза отмечались реже (что позволило снизить время предоперационной подготовки), также отмечено снижение количества дней пребывания детей на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Вывод. Доказано, что успех лечения зависит от своевременной диагностики врожденной патологии, адекватной подготовке к переводу в отделении реанимации и интенсивной терапии и своевременной транспортировке.

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ВЕНТИЛЯТОРАССОЦИИРОВАННОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС СИНДРОМОМ

М.А. Кадыров

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Снижение риска вентилятор ассоциированной инфекции у новорожденных с респираторным дистресс синдромом

Материалы и методы. Ретроспективное, обсервационное, одноцентровое исследование 13 новорожденных. Вентиляторассоциированная пневмония диагностировалось на основании критерии CDC/NNIS. Вентиляторассоциированный трахеобронхит -на основе критериев CodeLRI-BRON предложенных CDC и NationalHealthcareSafetyNetwork. Пациенты разделены на две группы. Основная группа (n=6): профилактика вентилятор ассоциированной инфекции -гигиена рук, закрытые аспирационные системы и неинвазивная искусственная вентиляция легких. Группа сравнения (n=7) - гигиена рук.

Результаты. Распространенность вентилятор ассоциированной инфекции 27,5 на 1000 дней искусственная вентиляция легких. Сроки развития и этиология вентилятор ассоциированной инфекции сопоставимы в обеих группах больных. Уровень прокальцитонина достоверно ($p<0,05$) выше у больных с вентилятор ассоциированной инфекции. Длительность искусственная вентиляция легких достоверно ($p=0,011$) ниже в



основной группе больных. В основной группе больных сокращаются сроки лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии ($p=0,01$) и длительность стацлечения ($p=0,047$). Частота развития ВАИ достоверно ниже в основной группе больных ($p<0,05$).

Выводы. Валидный метод дифференциации контаминации нижних дыхательных путей от вентилятор ассоциированной инфекции у новорожденных - референтная дефиниция этих осложнений ИВЛ и мониторинг уровня прокальцитонина крови. Закрытые аспирационные системы наряду с гигиеной рук и ранним отлучением от респиратора - приемлемый способ профилактики вентилятор ассоциированной инфекции у новорожденных с респираторным дистресс синдромом.

ИЗМЕНЕНИЯ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С СУДОРОЖНОМ СИНДРОМОМ

М.А. Кадыров

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Оценка биохимических показателей крови у детей с судорожным синдромом.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинских карт 64 пациентов с судорожным синдромом. Фебрильный судорожным синдромом диагностирована у 72,1% пострадавших, с острым нарушением мозгового кровообращения - у 61,5%, большие припадки - в 26%, гипокальцемиические припадки - в 53,8% случаев. Лабораторные исследования биохимических показателей крови оценивали в 1, 4, 7 и 10 сутки после припадков.

Результаты. Оценка динамики содержания общего белка выявила достоверное снижение уровня общего белка у пациентов с судорожным синдромом, и особенно в группе пациентов с повторяющиеся эпизодами судорог. Особую значимость имела динамика уровня альбумина. Активность трансфераз у больных достоверно возрастала к 4-м суткам, а значительное снижение отмечали к 7-м суткам после травмы. Сочетанная с судорожным синдромом острая нарушения мозгового кровообращения сопровождалась и нарушениями функционального состояния почек.

Выводы. Установлено, что низкий уровень общего белка и альбумина сыворотки крови служили маркерами неблагоприятных исходов лечения. При наличии судорожного синдрома у детей значимыми предикторами летальных исходов являлись уровень гликемии и креатинина.



ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ЛИЦ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ

Козимжонова И.Ф., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Солиев Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Суицидальное поведение представляет собой актуальную этическую, моральную, социальную и медицинскую проблему. Ежегодно самоубийства совершают от 873 тыс. до 1 млн. человек во всём мире, включая 163 тыс. в Европейском регионе.

Самоубийство является 13-й по счёту причиной смерти во всём мире, а в возрастном диапазоне 15-35 лет в Европе оно занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий. Предположительно в 10- 20 раз большее количество людей совершает суицидальные попытки, что выдвигает эту форму аутоагрессии на 6-е место среди причин потери трудоспособности в мире

Цель исследования. Разработка методов профилактики и лечения повторных попыток суицида у лиц, незавершённых суицидов.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили лица, совершившие суицидальные попытки и госпитализированные по этому поводу в психиатрический стационар г. Андижана (более 150 человек).

Результаты исследования. У больных с эндогенными депрессивными расстройствами средней и тяжелой степени и суицидальными попытками самоотравления суицидальный конфликт формируется под влиянием как реальных жизненных обстоятельств, так и патологических переживаний. У больных с повторными суицидальными попытками достоверно чаще выявляются конфликты, связанные с изменением жизненного стереотипа и собственной несостоятельностью, а у больных с однократными попытками - с тяжелыми психотравмами.

Суицидальные тенденции у больных депрессиями с повторными попытками возникают как при повторяющихся однотипных психотравмах, так и при длительных субъективно неразрешимых психотравмирующих ситуациях. У больных с единственной суицидальной попыткой провоцирующие факторы чаще носят временный характер и чаще отмечается сочетание ряда проблем, на фоне которых запуском суицидального действия служит случайное событие.

Для больных, как с единственной, так и с несколькими суицидальными попытками характерны:

-в клиническом аспекте: высокая наследственная отягощенность по аффективной патологии, алкоголизму, шизофрении, психопатии и суицидам в семье; умеренная или тяжелая степень депрессивных расстройств перед суицидом; отсутствие апатического аффекта; присутствие в структуре депрессивного симптомокомплекса раздражительности и факультативной симптоматики, формирующей дисгармоничную структуру синдрома;



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



диссоциация депрессивного симптомокомплекса, особенно депрессивной триады (сочетание тоски с психомоторным возбуждением);

-в клинико-социальном аспекте: низкий интеллектуальный, образовательный и профессиональный уровень; большой удельный вес безработных, одиноких и социально дезадаптированных лиц; высокая отягощенность неблагоприятными факторами в детстве (неполная семья, неадекватное воспитание); преобладание лиц с акцентуациями характера;

-в суицидологическом аспекте: наличие высказываний о возможности и/или желательности собственной смерти, прощальные записки; преобладание суицидальных попыток типа протеста-мести, отказа от жизни, избегания ситуации, шантажа близких; наличие сезонности с пиком в феврале месяце, совершение суицидальных попыток в вечернее или утреннее время в собственном жилище; высокая доля смешанных (особенно с алкоголем) самоотравлений, преимущественное использование психотропных препаратов, часто назначаемых в клинике.

Больные с повторными суицидальными попытками достоверно отличаются от пациентов совершивших однократный суицид:

В постсуицидальном периоде на фоне стандартной терапии (трициклическими антидепрессантами) отмечается быстрое снижение выраженности депрессивных и тревожных нарушений (почти до полной редукции к 30-му дню лечения). Медленнее обратному развитию подвергаются: чувство напряжения, ипохондрические расстройства, общие соматические и генитальные симптомы.

По клинико-психологическим данным больные с высоким риском повтора суицидальной попытки достоверно отличаются более высоким уровнем социального, физического и психического неблагополучия. Это лица с выраженной социальной дезадаптацией, глубоко переживающие свою отчужденность от общества, высоким уровнем самоотчуждения (само стигматизации), социальной интроверсией. Им присущи: нарциссизм, гиперсензитивность, зависимость, острота реагирования, снижение толерантности к психическим нагрузкам, выраженный комплекс неполноценности, заострение личностных черт, аморальность, неумение и нежелание нести ответственность за свои поступки, более выраженное снижение умственной трудоспособности, памяти и интеллекта, озабоченность своим соматическим состоянием и выраженная «субъективная депрессия» с тревогой, умственной притупленностью, навязчивыми размышлениями пессимистического содержания,

Вывод. В связи с этим, важным направлением профилактики суицидов является раннее выявление психических расстройств и суицидального риска на этапе первичной врачебной помощи до обращения пациента к психиатру.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛИГАТУРНОГО И КОМПРЕССИОННОГО АНАСТОМОЗОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Комилжанов А.Э., Тен Д.О.

(анализ литературы)

Андижанский государственный медицинский институт

При современных методиках формирования ручного анастомоза толстой кишки остается высоким процент непосредственных осложнений (10-15%) при его наложении, а в отдаленные сроки часто отмечается рубцовое перерождение соустья, приводящее к его функциональной неполноценности. Большая продолжительность операций, невозможность точно сопоставить соединяемые ткани, рассчитать расстояние между швами, вкол и выкол иглы и т.д., также говорят не в пользу этого способа. Тем не менее, ручной шов в практическом здравоохранении применяется у каждого второго-третьего больного, чаще в условиях неотложной хирургии.

Само наложение ручного шва считается септическим процессом; многорядность швов приводит к ишемии тканей, фитильность и капиллярность лигатур способствует быстрому распространению инфекции из просвета кишки между слоями тканей, в результате чего развивается воспалительный процесс как в самом анастомозе, так и в свободной брюшной полости. Некроз и некробиоз тканей особо выражены на вершине валика анастомоза, где заживление происходит всегда вторичным натяжением после отторжения некротических тканей; лигатуры в тканях сохраняются от 1,5 месяцев до одного года, а окончательная адаптация концов соединяемых тканей наступает лишь после отторжения нитей; в толще ручного анастомоза длительно сохраняются гранулемы. Анастомоз формируется в виде грубого соединительно-тканного рубца и представляет собой ригидную трубку. Коллагенизация с развитием стриктуры продолжается и в более поздние сроки. По нашим данным, к 9 месяцам диаметр соустья уменьшается в 2 раза, что вызывает сужение анастомоза. Мышечный и подслизистый слои практически не восстанавливаются.

Иной механизм заживления компрессионного анастомоза толстой кишки. Этот способ соединения тканей до созревания анастомоза проходит ряд последовательных стадий, а именно: раздавливания, некролиза и регенерация тканей. Вначале под действием компрессии происходит выдавливание межтканевой жидкости и разрушение клеточных элементов. Продолжительность этих фаз составляет 24-48 часов. Далее наступает некроз раздавливаемых тканей с последующим превращением их в бесструктурную массу, которая отторгается в результате нарастающей со стороны соприкасающихся серозных оболочек. Чем больше масса сдавливаемых тканей, тем больше сила компрессии в устройствах из никелида титана; чем тоньше соединяемые ткани, тем меньше сила их сжатия. Это принципиальное отличие компрессионного соединения тканей имплантатами от других компрессионных устройств типа АКА - 2,4;



магнитных колец и сшивающих аппаратов с механическими прокладками. В наших устройствах ткани сдавливаются между двумя проволочными кольцами, их соприкасающиеся поверхности имеют линейную форму. Мы считаем, что зона непосредственной компрессии тканей не является абсолютным барьером для инфекции и токсических продуктов распада. Основным барьер на пути инфекции создается на границе между зоной компрессии и зоной формирования анастомоза, где развивается травматический отек тканей и узкая полоска демаркационного воспаления. Именно зона демаркационного воспаления является основным барьером для дальнейшего распространения инфекции. В отличие от укоренившегося мнения, на основании собственных исследований в эксперименте на 109 беспородных собаках, мы считаем что, заживление компрессионного анастомоза идет с воспалительной реакцией. Но в отличие от ручного межкишечного соустья оно при компрессионном соединении тканей умеренное, завершается на 10-14 сутки, поэтому существенно не влияет на заживление тканей на месте их стыка.

После отторжения имплантата на 8-10 сутки, между соединяемыми тканями нет инородных включений, поэтому в отличие от механического и ручного швов адаптация тканей в таком бесшовном анастомозе происходит в ранние сроки. Благодаря этим условиям, формирование компрессионного анастомоза завершается к 4-5 суткам с восстановлением футлярного строения стенки кишки. Создается полноценное межкишечное соустье не склонное к рубцовой деформации и сужению в отдаленные сроки.

Следовательно, по всем морфологическим признакам заживление компрессионного анастомоза происходит в более благоприятных условиях, чем ручного и механического. Это способствует раннему восстановлению непрерывности кишечной трубки при полноценности ее структурных основ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ПРИ НАЛОЖЕНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ. (экспериментальное исследование)

Комилжанов А.Э., Тен Д.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Не смотря на прогресс в хирургии желудочно-кишечного тракта, связанный с применением мощных антибиотиков, новых шовных материалов, аппаратного формирования межкишечных анастомозов, к сожалению, не решило проблемы несостоятельности швов кишечной стенки [2;4;5;9]. На сегодняшний день в хирургии желудочно-кишечного тракта получил распространение однорядный кишечный шов без травматизации слизистой. Так как, в последние годы многими исследованиями было



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



доказана важная роль слизистой кишки в регенерации тканей зоны анастомозов желудочно-кишечного тракта [1;3;4;7;8].

Именно это обстоятельство послужило поводом для проведения настоящего исследования. В связи с этим **Целью** исследования явилось: усовершенствование методов формирования толстокишечных анастомозов и сравнение различных шовных материалов в эксперименте.

Материалы и методы: На кафедре общей хирургии ФМИОЗ, разработаны два вида анастомозов, после резекции толстой кишки, с применением однорядных швов.

Для обоснования применения предложенных нами методов наложения толстокишечного анастомоза, в центральной научно-исследовательской лаборатории АГМИ было проведено экспериментальные исследования на 30 беспородных собаках, обоего пола, весом 15-20 кг.

Всем собакам проводили оперативное вмешательство, которое состояло из 2-х этапов. Первый этап операции заключался в создании острой непроходимости сигмовидной кишки (перевязка сигмовидной кишки). На втором этапе, через 12- 14 часов производили резекцию измененной части сигмовидной кишки с последующим наложением двух видов толстокишечного анастомоза по предложенной нами методике. Операция заканчивалась санацией брюшной полости.

Результаты: В послеоперационном периоде мы отметили, что на 2-е сутки проявлялась двигательная активность у оперируемых собак. На 2-3-и сутки нормализовалась функция кишечника, отмечалось его опорожнение. На 5-е сутки собак переводили на обычный рацион питания. У всех оперированных собак заживление послеоперационной раны происходило первичным натяжением. После операционный период протекал без осложнений (всем собакам проводилась антибиотикотерапия), летальность после операции мы не наблюдали. Наблюдение за оперированными собаками продолжалось в течении трех месяцев после операции.

Выведение из эксперимента проводили на 7,14, 20 сутки,1,2,3 мес. При вскрытии оперированных собак патологических изменений со стороны органов брюшной полости мы не наблюдали. Ревизируя кишечник находили участок анастомоза, который макроскопически мало отличался от других участков толстого кишечника, сужение просвета кишечника не отмечалось. Участок анастомоза иссекали на протяжении (приводящий отдел- 10см, отводящий-10 см). На 7, 14, 20 сутки, при вскрытии макропрепарата, созданная нами манжетка оставалась мягкой, жизнеспособной, бледно-розового цвета, сужения просвета кишечника не отмечалось. Через 30 дней образовывался зрелый соединительнотканый рубец на месте шва анастомоза, определение границ манжетки не представлялось возможным, из за полного срастания со слизистой кишечника, предполагаемая граница манжетки бледно- розового цвета. Участок анастомоза иссекали на протяжении (приводящий отдел- 10см, отводящий-10 см) из несколько участков анастомоза был взят биопсийный материал, который подвергался гистологическому исследованию.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



В ранние сроки после наложения шва, как узлового с помощью капрона и шёлка, так и непрерывного с использованием викрила, в области стыка отмечается разрастание грануляционной соединительной с большим числом микрососудов. Прилежащие к месту стыка крипты расширены. Строма отёчна и инфильтрирована большим числом клеток, преимущественно лимфоцитами.

При использовании викрила и непрерывного шва на поверхности не определяется детрита и фибрина. Имеют место выраженные процессы неоваскулогенеза. При использовании узлового шва с капроновыми нитями на поверхности грануляционной ткани отмечаются небольшие скопления фибрина с мигрировавшими лимфоцитами. Эти процессы особенно ярко выражены при наложении узлового шва и использовании шёлка. В более поздние сроки наблюдения отмечается выраженные процессы наползания языков эпителиальных клеток на поверхность грануляционной ткани в месте стыка проксимального и дистального отрезка кишки.

Эти процессы при использовании узловых швов с викрилом выражены ярче. При этом отмечается не только наползание эпителиальных языков на грануляционную поверхность свободную от фибрина и детрита, но погружение эпителиальных тяжей в грануляционную ткань, с формированием крипт.

При наложении анастомоза с помощью узловых швов языки эпителия формируются в расширенных участках крипт, прилежащих к грануляционной ткани в месте стыка соседних участков кишки. Наползание эпителиальных языков на поверхность грануляций в области стыков, не сопровождается выраженным погружным ростом эпителиальных языков с формированием крипт, особенно при использовании шёлка.

Одновременно идёт и восстановление мышечного слоя слизистой оболочки. При этом в нём не определяется векторной направленности слоёв гладких мышц. Они на этом этапе располагаются хаотически, особенно при использовании шёлка наложении узловых швов.

В грануляционной ткани сохраняется довольно большое число микрососудов, но число клеточных элементов уменьшается, что особенно отчётливо проявляется при использовании викрила и непрерывного шва.

По мере наползания эпителиальных тяжей на грануляционную поверхность, просветы прилежащих крипт несколько уменьшаются, но сохраняется их извитость и значительная инфильтрация межкрипальной соединительной ткани полиморфными элементами.

Выводы: Подводя итоги, проведенного нами исследования позволили сделать нам следующие **Выводы.** Проведенные морфологические исследования, показали определённые преимущества непрерывного шва с использованием викрила, по сравнению с узловыми швами и применении капрона и, особенно, шёлка.

При непрерывном шве поверхность стыка быстрее очищается от детрита и фибрина, на сформированной грануляционной ткани быстрее идут процессы эпителизации с формированием крипт.



Использование разработанных нами методов хирургического лечения острой непроходимости сигмовидной кишки существенно улучшило **Результаты** лечения и не приводят к послеоперационным осложнениям (несостоятельность анастомоза, сужение области анастомоза и т.д.).

АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК

Косимов С.С., Атаханова С.К., Алижанов М.С., Абдуллаева К.А., Вахабов Б.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Сегодня ожирение рассматривается не только как важнейший фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2-го типа. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, избыточная масса тела и ожирение определяют развитие до 44–57% всех случаев сахарного диабета 2-го типа, 17–23% случаев ишемической болезни сердца, 17% — артериальной гипертензии. В целом ожирение по экспертным оценкам приводит к увеличению риска сердечно-сосудистой смертности в 4 раза.

Целью исследования явилось изучение характеристик факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у людей 25-44 лет, проживающих в Андижане, с ранней ишемической болезнью сердца с абдоминального ожирения (АО).

Проведен одномоментный популяционный скрининг случайной выборки населения г. Андижана в возрасте 25-44 лет. Обследовано 546 человек: 303 мужчины и 243 женщины. Эпидемиологический диагноз «ишемическая болезнь сердца» установлен согласно валидизированным эпидемиологическим (кардиологический опросник Роуза) и клиничко-функциональным (запись электрокардиографии с расшифровкой по Миннесотскому коду) критериям. Ранняя ИБС выявлена у 43 человек. Сформированы четыре подгруппы обследованных: 1-я - лица с ИБС на фоне АО (n = 24), 2-я - лица с ИБС без АО (n = 15), 3-я - контрольные по возрасту и полу лица без ИБС с АО (n = 88), 4-я - контрольные по возрасту и полу лица без ИБС и АО (n = 20). Оценены факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: курение, повышенный индекс массы тела (ИМТ), наличие артериальной гипертензии (АГ), увеличенная окружность талии, сниженная физическая активность, повышенные уровни в крови холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛНП-ХС), холестерина, не связанного с липопротеинами высокой плотности (не-ЛВП-ХС), триглицеридов (ТГ).

У лиц с ИБС на фоне АО показатели ИМТ, ЛНП-ХС и не-ЛВП-ХС выше в 1,2 раза, а показатель ТГ - в 1,8 раза в сравнении с лицами с ИБС без АО. У мужчин с ИБС на фоне АО показатели ИМТ, не-ЛВП-ХС и ТГ выше в 1,3, 1,5 и 2,6 раза соответственно в сравнении с мужчинами с ИБС без АО. У лиц с ИБС на фоне АО распространенность повышенных ИМТ, уровней ЛНП-ХС, не-ЛВП-ХС и наличия АГ выше в 5,1, 1,6, 1,6 и 4,8 раза соответственно в



сравнении с лицами с ИБС без АО. У мужчин с ИБС на фоне АО распространенность повышенного ИМТ и наличия АГ выше в 4,4 и 6,2 раза соответственно в сравнении с мужчинами с ИБС без АО. У обследованных лиц выявлена независимая прямая ассоциация относительного риска развития ИБС с наличием АГ (отношение шансов, ОШ, 3,368; 95% доверительный интервал, ДИ, 1,056-1,0718; $p = 0,040$), а у мужчин - с повышенными уровнями в крови ЛНП-ХС (ОШ 1,019; ДИ 1,000-1,039; $p = 0,049$) и не-ЛВП-ХС (ОШ 1,018; ДИ 1,000-1,039; $p = 0,05$).

Таким образом, у лиц с ранней ИБС (в возрасте до 45 лет), преимущественно у мужчин, развившейся в том числе на фоне абдоминального ожирения, значимыми факторами риска являются АГ и повышенные уровни в крови ЛНП-ХС, не-ЛВП-ХС, ТГ.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, НОВЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ

Косимова З.М.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Проблема диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) остается на первом месте, несмотря на успехи в развитии кардиологической службы и применение новых лекарственных препаратов. Сегодня от ССЗ в мире только в 2018 г. По этой причине умерли 18,7 млн. человек, из них 9 млн. 387 – от ишемической болезни сердца (ИБС). Летальность от этих заболеваний по странам среднеазиатского региона также остается крайне высокая. Прогноз смертности от ИБС в мире на 2021 г. Составил 11 млн человек. По данным АНА/АСС и национального института здоровья США, несмотря на огромные средства (60 млрд\$), ежегодно затрачиваемые США на лечение коронарного атеросклероза, в США страдают ИБС более 5 млн. человек.

Один из путей снижения смертности от ИБС – ранняя диагностика и своевременно начатое лечение. Существует различные алгоритмы диагностики ИБС как у нас в стране, так и зарубежом (Седов В.П., Алехин М.Н. Корнеев Н. В., 2000), так и в США (АНА/АСС 2007), включающие обязательное проведение стресс – эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) перед выполнением селективной коронароангиографии (КАГ). Чувствительность стандартных проб (добутамин с атропином, дипиридамолом с атропином) относительно низка и составляет около 80,0 % (Седов В.П., Алехин М.Н. Корнеев Н. В., 2000). Учитывая механизм действия дипиридамола («синдром межкоронарного обкрадывания»), и добутамина (стимуляция-адренорецепторов, приводящая к увеличению потребности миокарда в кислороде), целесообразна их комбинация в качестве стресс-агентов при проведении при проведении нагрузочной ЭхоКГ.

Для исключения ложноположительных и ложноотрицательных результатов диагностики ИБС, стресс-ЭхоКГ должна обладать высокой чувствительностью и специфичностью.



Контрольную группу составили 20 условно здоровых пациентов в возрасте от до 60 лет ($49,1 \pm 2,98$) без клинических проявлений ИБС и отсутствием ее основных факторов риска. В зависимости от клиники, результатов исследования больные были разделены на 2 группы. I группу больных составили 20 условно здоровых мужчин в возрасте от 37 до 61 лет ($49,2 \pm 2,87$) с наличием двух факторов риска развития ИБС. II группу вошли 20 мужчин в возрасте от 39 до 64 лет ($49,5 \pm 3,01$) с типичными приступами стенокардии напряжения. Всем обследованным больным была применена методика тканевой стресс-ЭхоКГ с физической нагрузкой. В качестве стресс-агента использовалась физическая нагрузка по методике.

Заключение. Стресс-ЭхоКГ является предпочтительной визуализирующей методикой, вследствие меньшей стоимости, широкой доступности и, что наиболее важно, отсутствия ионизирующего облучения. Комбинированная стресс-доплерэхокардиография может успешно применяться как для формирования групп пациентов, подлежащих коронарографии, так и для оценки эффективности ангиохирургического лечения ИБС.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Косимова М.О., Ахмадалиев Х.С., Тошпулатов А.М.
Андижанской областной онкологический диспансер

Актуальность. Наиболее часто данной патологией страдают лица пожилого и среднего возраста. Но в последнее время увеличивается количество детей и лиц молодого возраста, страдающих раком щитовидной железы. На настоящий момент до конца не решен вопрос об объеме дооперационного обследования, интраоперационной тактике и послеоперационном ведении пациентов с данной патологией. Это связано с тем, что лечением и диагностикой данной патологии занимаются специалисты многих медицинских направлений: онкологи, хирурги-эндокринологи, терапевты-эндокринологи, радиологи, ультразвукологи, рентгенологи, применяющие собственные подходы к решению данной проблемы.

Цель исследования. Определение тактики хирургического лечения больных дифференцированными формами рака щитовидной железы в зависимости от размеров, локализации, гистотипа первичной опухоли и состояния сторожевых лимфоузлов.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов хирургического лечения 70 больных с рака щитовидной железы, за период с 2022 по 2023 год, находившиеся в АООД.

Результаты исследования. Методика непрямой лимфографии с препаратом «В1еира1еп1Еу» является эффективным способом визуализации сторожевого лимфоузла при дифференцированном раке щитовидной железы. Чувствительность методики составила 80 %, специфичность — 100 %, позитивная диагностическая ценность — 100 %.



3: Хирургическое лечение в объеме диссекции центральной клетчатки шеи не вызывает существенного увеличения частоты И' выраженности послеоперационных осложнений (гипопаратиреоз, нарушения голосовой и дыхательной функций, осложнения воспалительного характера). У пациентов основной группы парез гортани выявлен в $7,78 \pm 2,8$ % случаев, в контрольной группе — $6,67 \pm 4,6$ %.

Частота субклинического метастазирования в лимфоузлы центральной, клетчатки шеи-(VI уровень) 1 составила $55,6 \pm 5,2$ %. Метастазы папиллярного рака выявлены в $61,5 \pm 5,5$ % случаев¹. Частота субклинических метастазов фолликулярного рака $16,7 \pm 10,8$ %. Этот показатель зависит от размера первичного очага и локализации опухоли в доле железы. Наиболее высока частота поражения лимфоузлов при размере первичного очага более 4 см и при наличии экстра tireоидного распространения ($92,9 \pm 6,9$ %), при локализации опухоли в средней ($38,5 \pm 13,5$ %) и нижней трети ($66,7 \pm 15,7$ %) доли. '

Выполнение диссекции центральной клетчатки шеи при высокодифференцированном раке щитовидной железы не снижает уровень качества жизни и социальную адаптацию пациентов в различные сроки наблюдения. Функциональные и симптоматические показатели модулей ЕСЖТСС^БС^СЗО и С^БС)-Н&Ю5 достоверно сопоставимы в сравнении с традиционной экстрафасциальной тиреоидэктомией. Показатели общего статуса здоровья до начала лечения в основной группе составили $97,8 \pm 2,3$ %, в контрольной — $95,6 \pm 4,1$ %, в раннем послеоперационном периоде — $88,9 \pm 8,8$ и $87,3 \pm 8,7$ %, через 12 меся-, цев — $98,3 \pm 1,3$ и $97,4 \pm 2,5$ % соответственно.

Диссекция центральной клетчатки шеи в превентивном варианте I , показана у пациентов с папиллярным раком диаметром более 4 см, признаками экстра tireоидного распространения, с опухолью менее 4 см, локализующейся в средней и нижней трети доли. Во всех остальных случаях показано выполнение хромолимфографии с экстренным исследованием сторожевого лимфоузла, по результатам которой будет определена необходимость удаления лимфоузлов в данной зоне.

Вывод. Метод не прямой хромолимфографии с последующим цитологическим исследованием сторожевых лимфоузлов дает возможность объективной оценки состояния регионарного лимфатического аппарата.

Определен алгоритм хирургического лечения высокодифференцированного рака щитовидной железы, учитывающий гистологическую форму опухоли, локализацию в железе, размеры опухолевого узла, наличие или отсутствие экстра tireоидного распространения и метастатического поражения сторожевых лимфатических узлов.



НЕТРАВМАТИЧЕСКИЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ И ЕГО ОБОЛОЧКИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Кочетов В.Е., Магрупов Б.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Актуальность темы. Нетравматические внутримозговые кровоизлияния (НВЧК) относятся к категории тяжёлых и стойких нарушений мозгового кровообращения. Исход НВЧК зависит от объёма и локализации поражения. Изучение различных форм сосудистой патологии обусловлено возрастающей распространённостью, многообразием этиологических факторов, сложностью патогенеза, трудностью диагностики, малой эффективностью проводимой терапии, грубым неврологическим дефицитом, вплоть до инвалидизации, и высоким уровнем летальности. Среди органических поражений мозга частота нарушений мозгового кровообращения колеблется от 3 до 5 % (Агзамов М. К. и соавт., 2017). НВЧК наиболее часто возникают при рождении и в течение первого года жизни ребенка. Связаны они с морфологической незрелостью стенок сосудов, сосудистыми мальформациями, аневризмами, васкулитами, нарушениями свёртывающей системы крови, в частности недостатком витамина К в организме новорождённого. Также НВЧК могут встречаться при различных заболеваниях, сопровождающихся гипоксией, выраженным токсическим воздействием на внутренние органы и сосуды. Кровоизлияния могут возникать в любой части мозга. Летальность до настоящего времени остается высокой. В острый период заболевания она достигает в среднем 30 – 35% и увеличивается еще на 12 – 15% к концу первого года после кровоизлияния (Лорина Л., 2014).

Цель исследования. Определить виды, частоту и локализацию НВЧК, их связь с возрастом, полом и причинными развития.

Материалы и методы исследования. За период с 2012 по 2023 г. г. изучено **Результаты** вскрытия 494 детей, находившихся на лечении в детском корпусе РНЦЭМП. Использованы макроскопический и микроскопический методы исследования, статистический анализ полученных данных.

Результаты исследования. Кровоизлияния в головной мозг и его оболочки у детей первого года жизни выявлены в 86 (17,4%) вскрытиях. Из них 46 (53,5%) мальчиков и 40 (46,5%) девочек. Максимальное количество случаев наблюдалось в возрасте 1,5 месяцев – 32 (37%), 2 месяцев – 19 (22%) и 1 года – 18 (21%).

На секции установлена различная локализация кровоизлияний. Изолированные внутримозговые кровоизлияния встречались в 9 (10,5%) случаях, внутрижелудочковые – 2 (2,3%), субарахноидальные – 11 (12,8%), субдуральные – 16 (18,6%). Так же отмечалось сочетание данных кровоизлияний: внутримозговых и оболочечных – 20 (23,3%), внутрижелудочковых и оболочечных – 8 (9,3%), субарахноидальных и субдуральных – 14 (16,3%), внутримозговых, внутрижелудочковых и оболочечных – 6 (6,9%) случаев.



В 10 (11,6%) случаях причиной кровоизлияния явился разрыв артерио-венозных мальформаций, в 1 (1,2%) – кавернозная гемангиома, 41 (47,7%) – пневмонии (в том числе 23 случая обусловленные врождённым иммунодефицитным синдромом), 4 (4,6%) – пневмопатии, 7 (8,1%) – острые гепатиты, 2 (2,3%) – первичные бактериальные эндокардиты и по 1 (1,2%) случаю идиопатическая тромбоцитопения, синдром Вискотта-Олдритча, острый гнойный средний отит, острый катаральный энтероколит.

Непосредственной причиной смерти явились энцефаломалация (37 (43%) случаев) и дислокация ствола мозга. Последняя развилась при отёке (29 - 33,7% - случаев), либо набухании (20 -23,3%- случаев) головного мозга.

Заключение. Проведённый анализ показал, что внутримозговые кровоизлияния у мальчиков встречались в 1,15 раза чаще, чем у девочек. Среди изолированных кровоизлияний наиболее часто встречались субдуральные, несколько реже – субарахноидальные кровоизлияния. При сочетанных кровоизлияниях преобладали одновременные внутримозговые и оболочечные кровоизлияния, реже – субдуральные и субарахноидальные. Из причин, вызывающих развитие внутричерепных кровоизлияний на первом месте находились заболевания дыхательной системы – пневмонии и пневмопатии, на втором – артерио-венозные мальформации.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Красненкова М.Б.

Ташкентская медицинская академия

В последнее время уделяется больше внимание методам оценки состояния и прогнозирования исходов черепно-мозговой травмы (ЧМТ) на основе системного анализа клинических и лабораторных данных. Основные механизмы повреждения головного мозга включают не только первичное воздействие в момент травмы, но и действие различных повреждающих факторов в течение последующих часов и дней, так называемых факторов вторичного повреждения мозга. И если тяжесть первичного повреждения мозга определяет исход на догоспитальном этапе ТЧМТ, то от развития вторичного повреждения мозга зависят клинический прогноз и исход ТЧМТ. Гемодинамические нарушения, возникающие при ЧМТ, коррелируют с неблагоприятным исходом для пациента. Так, по данным различных авторов, посттравматический вазоспазм встречается в 35-63% случаев ЧМТ. Церебральный вазоспазм, развивающийся в остром периоде тяжелой ЧМТ, вызывает снижение мозгового кровотока, приводит к нарушению микроциркуляции и развитию ишемии головного мозга, что, в свою очередь, ведет к выраженному неврологическому дефициту. Мы стремились оценить



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



прогностическую ценность раннего проведения транскраниальной доплерографии (ТКДГ) у пациентов с ЧМТ с точки зрения вторичного неврологического повреждения.

Цель исследования: определить частоту возникновения и прогностическое значение церебрального артериоспазма у пациентов с тяжелой ЧМТ.

С этой **Целью** в течение первых 10 суток после получения ЧМТ было обследовано 32 пациента с тяжелой ЧМТ (уровень сознания по шкале ком Глазго (ШКГ) 4 - 8 баллов) и 11 пациентов с легкой ЧМТ (ШКГ 9-14 баллов). Регистрировалось ежедневное изменение кровотока в крупных артериях головного мозга путем ТКДГ.

Результаты исследования. У пациентов с ШКГ 4-8 балла средняя скорость мозгового кровотока (МК) в средней мозговой артерии (САМ) и базилярных артериях (БА) постепенно повышалась начиная со 2 суток после получения травмы и была максимальной к 4-5 суткам посттравматического периода. Аналогичные изменения были более выраженные и проявлялись раньше в базилярной артерии. Соотношение средней скорости кровотока в САМ и БА в течение 4 суток было значительно ниже, чем в контрольной группе, показывая особенное повышение скорости кровотока в базилярных артериях у 19 из 32 пациентов (60%) с ТЧМТ, средняя скорость кровотока возрастала свыше 75 см\сек в БА; средняя скорость кровотока свыше 90 см\сек в БА говорила о том, что здесь также наблюдался вазоспазм, который отмечался у 12 из 32 пациентов (37%). Спазм САМ наблюдался у 12 (37%) пациентов; 10 из них также имели признаки базилярного вазоспазма. В целом у 14 из 32 пациентов (43%) наблюдался спазм как в САМ, так и БА. У 5 из 11 пациентов (50%) с легкой степенью ЧМТ (ШКГ 9 -14) наблюдалось повышение средней скорости кровотока в БА выше 75 см\сек и только у 2 из них эта величина достигала 90 см\сек. Вазоспазм в САМ отмечался только у 1 пациента.

Пациенты с диагностированным вазоспазмом в САМ или БА имели значительно худший исход, чем пациенты без вазоспазма. При значительном вазоспазме, пациенты имели более худший неврологический выход. Проведенный регрессивный анализ показал, что вазоспазм был четким отражением худших результатов, независимо от возраста и ШКГ при поступлении больного.

У 10 пациентов с тяжелой ЧМТ выявлена низкая диастолическая скорость кровотока и высокие значения пульсационного индекса, вызванные высоким сопротивлением сосудистого русла. Более низкие систолическая, диастолическая и средняя скорость, а также значительно более высокие значения пульсационного индекса ($P < 0,05$) отмечены у пациентов с неврологическим дефицитом, по сравнению с пациентами без него. Пороговыми значениями, связанными с неблагоприятным прогнозом, являются средняя скорость кровотока менее 25 см/с и пульсационный индекс более 1,2. Данные показатели говорят о раннем снижении перфузии головного мозга, приводящей к выраженному неврологическому дефициту в более позднем периоде.

Анализ по шкале исходов Глазго (ШИГ) показал, что данная группа представляла собой одну из наиболее тяжёлых: из 32 пострадавших только у 10 были благоприятные исходы (I—II балла по ШИГ), у 13 — неблагоприятные исходы (III— IV балла по ШИГ), 9 —



скончались в течение 10 сут после получения травмы при явлениях выраженного вазоспазма, нарастающей внутричерепной гипертензии и дислокационного синдрома. Таким образом, важным фактором, ухудшающим неврологический выход пациентов, является вазоспазм сам по себе, и особенно в сочетании с низким церебральным перфузионным давлением. Феномен возрастания скорости мозгового кровотока можно использовать как дополнительный фактор для выявления неблагоприятного прогноза.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ПРОТОПИК» ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

Кузиев Д.В., Абдуллаев Д.Б., Ганиев А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Кафедра ПДБ и поликлинической педиатрии

Актуальность. В последние годы отмечается значительный рост частоты атопического дерматита у детей, выраженная тенденция к рецидивированию, хронизации процесса и резистентности к проводимой терапии. В настоящее время в условиях экологического неблагополучия, нерационального применения глюкокортикостероидов у больных с атопическим дерматитом нередко имеются вторичные бактериальные осложнения. В развитии осложненных форм данной патологии важная роль принадлежит иммунологическим нарушениям. Поэтому характерные нарушения в иммунной системе при атопическом дерматите являются своего рода диагностическим критерием и отражают глубину поражения.

Целью нашего исследования было обоснование целесообразности этапно-последовательного применения различных лекарственных форм «Протопик 0,03%» в зависимости от динамики клинической картины АД.

Объект исследования. Под наблюдением находилось 28 детей в возрасте от 1 года до 3 лет с АД (индекс SCORAD от 45,8 до 60,6) и 14 детей в возрасте от 3 до 10 лет с эритематозно-сквамозной формой АД (ин. SCORAD от 28,3 до 39,4).

Результаты

исследование. Пациентам на фоне традиционного лечения (антигистаминными, седативными средствами, ангиопротекторами, пробиотиками) наружно назначали: первой группе больных (n=28) «Протопик 0,03%» - эмульсия (в течение 3-6 дней); после прекращения мокнутия «Протопик 0,03%» - крем (5 -8 дней) и завершали терапию препаратом «Протопик 0,03%» - мазь, которую наносили через день штриховым методом. Второй группе (n=14) «Протопик 0,03%» - крем (6 -10 дней), затем «Протопик 0,03%» - жирная мазь, которую также наносили через день штриховым методом. В результате этапно-последовательного лечения в первой группе больных было выявлено снижение интенсивности зуда (на 7-10 день), прекращение мокнутия (4-5 дни), уменьшение выраженности эритемы (8-10 день), снижение числа папулезных элементов, их уплощение (12-14 дни) (индекс SCORAD уменьшился на 74%). Во второй группе



уменьшение зуда отмечалось к 10-12 дню лечения, уменьшение интенсивности эритемы и уплощение папулезных элементов регистрировалось к 16-20 дню лечения, (индекс SCORAD уменьшился более чем на 52%). В итоге под влиянием этапно-последовательной терапии «Протопиком 0,03%» клиническая ремиссия в первой группе отмечена - у 82% (n=28) больных, значительное улучшение - у 11% (n=3), улучшение - у 7% (n=2); во второй группе клиническая ремиссия - у 57% (n=8) больных, значительное улучшение - у 14% (n=2), улучшение - у 29% (n=4); ухудшение состояния не наблюдалось ни в одной из групп.

Вывод. Последовательное применение разнообразных лекарственных форм «Протопика 0,03%» при различных формах АД позволяет повысить эффективность лечения и улучшить прогноз заболевания, обеспечивая высокую безопасность.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОТЕКА И НАБУХАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Кузиев О.А

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Посттравматический отек и набухание головного мозга, и связанная с ним внутричерепная гипертензия в значительной степени определяют течение и исход тяжелой черепно-мозговой травмы. Но эта проблема, остается до настоящего времени далеконорешенной.

Цель исследования. С учетом рабочей классификации развития отека, и набухания головного мозга у больных с ТЧМТ, изучить и внедрить в практику дифференцированную интенсивную терапию отека и набухания головного мозга при ТЧМТ.

Материалы и методы исследования. Проведя анализ лечения 160 больных (все больные мужского пола, в возрасте 18-45 лет), с 2019 г. по 2023 г., с отеком и набуханием головного мозга при ТЧМТ. У всех больных отмечается клиника отека и набухания головного мозга, но степень выраженности, и грозное осложнение в виде дислокационного синдрома диагностировалось в 80% случаев. Все больные разделены на 2 группы. 1 группа лечилась по предложенной методике, 2 по стандартной терапии. Мной разработана, и предложена интенсивная терапия, у больных с запрограммированными осложнениями, и основного из них, отека и набухания головного мозга при ТЧМТ, с учетом адаптивных и саногенетических реакций. Мной изучены рекомендации ведущих зарубежных клиник, и учитывая личный опыт, разработан алгоритм дифференцированной интенсивной терапии отека и набухания головного мозга.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Лечебные мероприятия проводятся одновременно с коррекцией нарушений жизненно важных функций и терапией, направленной на купирование патологического процесса, обусловившего развитие неотложного состояния. Вся терапия разделяется на два этапа.

I. этап. 1. Обеспечить адекватную респираторную поддержку (недопустимы явления всех видов гипоксии), ИВЛ, режим гипервентиляции допустим в течении 6-10 часов (например аппарат для ИВЛ «Фаза-21; 23» удобен прост в обращении, надежен), при длительной ИВЛ более 3-5 суток наложение трахеостомы с проведением санационных бронхоскопий.

2. Инфузионная терапия (в пределах 1,5-2,5литра, 500,-1000,0 мл составляют ГЭК стабилизируют гемодинамику купируют «синдром капиллярной утечки»), АД систолическое в пределах 130-180 мм.рт.ст., Не использовать растворы глюкозы. Улучшить микроциркуляцию сосудов головного мозга (р-ры реосорбилакт, латрен, тивортин и др), антикоагулянты с 1- 2 суток.

3. Противоотечная терапия: осмодиуретики (в/в сорбилакт 200,0-600,0 мл, на фоне нормоволемии ЦВД=40-60 мм.вд.ст, диакарб 1 таб 2-3 раза в день, р-р глицерина). На первый план выходить свойство осмодиуретиков - уменьшение ликворопродукции, что актуально для профилактики нарастания ВЧД.

4. Проводить терапию по профилактики психомоторного возбуждения, и судорожного синдрома.

5. Нейропротекция в первые часы после травмы (р-ры цитофлавин, цераксон и др), антигипоксантами (р-ры цитофлавин в/в и др). Для уменьшения зоны отека и набухания головного мозга.

6. Дополнительный метод борьбы с отеком (поднятие головного конца кровати на 20-30° для улучшения венозного оттока от головного мозга);

II. этап. 1. декомпрессивная трепанация черепа, костный дефект 8-12 см, с обязательной пластикой твердой мозговой оболочки. Вопрос о нейрохирургическом вмешательстве решается, при неэффективности I этапа.

Вывод. Разработанные рекомендации (использование данной методики привело к снижению летальности на 30%, по сравнению с контрольной группой), с учетом рабочей классификации, следует рассматривать как оптимальную схему лечения, к которой необходимо стремиться, и как способ выработки единых подходов среди врачей анестезиологов-реаниматологов, нейрохирургов к интенсивной терапии данной категории больных.



ПРИНЦИПЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ

Кузиев О.А

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Актуальность проблемы. Артроскопические операции на плечевом суставе на сегодняшний день относятся к хирургии «одного дня», что предъявляет особые требования в их анестезиологическом обеспечению.

Цель работы. Выявить основные принципы анестезиологического обеспечения артроскопических операций на плечевом суставе

Материал и методы. Проведен анализ 1200 артроскопических оперативных вмешательств на плечевом суставе, выполненных в «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» за период 2015-2016гг. До артроскопических операций допускались пациенты I - III кл. по ASA, с индексом массы тела менее 40, с гипертонической болезнью I - II ст., при отсутствии в анамнезе цереброваскулярных заболеваний, и декомпенсированного сахарного диабета.

Полученные **Результаты.** Анализ полученных результатов позволил выявить пять основных принципов анестезии при артроскопических операциях на плечевом суставе.

1. Анестезия. В подавляющем большинстве случаев использовалась сочетанная анестезия - блокада плечевого сплетения межлестничным доступом и выключение сознания путем ингаляции севофлора или внутривенным **Введением** пропофола. Блокада выполнялась с использованием нейростимуляции и УЗ-навигации. В качестве местного анестетика использовали 10-20 мл 0,75% раствора ропивакаина. Поддержание проходимости верхних дыхательных путей обеспечивалась либо ларингеальной маской, либо интубацией трахеи. В случаях интубации трахеи в индукции однократно использовали 100 мкг фентанила и 50 мг рокурониума. В течение операции повторное **Введение** миорелаксантов не требовалось. ИВЛ осуществляли с использованием вспомогательных режимов. Блокада плечевого сплетения позволила во время операции отказаться от наркотических анальгетиков и миорелаксантов, что обеспечивало плавное течение анестезии и быстрое пробуждение пациента.
2. Положение на столе. Для выполнения операции использовали два положения пациента: на боку с латеральным вытягиванием плеча и «пляжного кресла». В положении на боку фиксация пациента обеспечивалась вакуумным матрасом, причем особое внимание обращали на фиксацию шеи в физиологическом положении и предупреждение позиционного сдавления нижней руки. Отсутствие рисков ортостатической гипотензии и



возможность доступа к голове пациента делают это положение более выгодными для анестезиолога. В положении «пляжного кресла» фиксация пациента обеспечивалась боковыми упорами и фиксирующими ремнями. С **Целью** предупредить повреждение, шейный отдел позвоночника жестко фиксировали шейным воротником в функционально выгодном положении. Голова пациента фиксировалась к операционному столу эластичными ремнями. При укладке необходимо обращать внимание на положение не оперируемой руки (не допускать ее отведения на угол более 90°). При измерении АД в положении «пляжного кресла» делали поправку минус 20 мм.рт.ст. от показаний монитора.

3. Визуализация операционного поля. Использование шейверной системы способствует повреждению тканей и возникновению диффузного кровотечения, что затрудняет визуализацию операционного поля. Это проблема решается **Введением** до 15 мг/кг транексамовой кислоты и нитратов для снижения артериального давления на 25%-30% от исходного.

4. Инфузионная терапия. В среднем, объем инфузии на операции не превышает 500 мл 0.9% раствора NaCl. На операции используется ограничительная стратегия инфузионной терапии.

5. Поддержание нормотермии. За время операции через полость сустава протекает от 5 до 50 л промывного раствора, который способствует развитию интраоперационной гипотермии. С **Целью** профилактики гипотермии нами используется конвекционная система обогрева пациента, состоящая из одноразового одеяла и блока обогрева, внедрение которой в рутинную практику позволило обеспечить стабильное течение анестезии, снижение количества замедленных (10 мин и более) пробуждений и частоты послеоперационной дрожи.

Вывод. Реализация выявленных принципов позволит обеспечить качественную анестезию при артроскопических операциях на плечевом суставе.

ДЕКОМПРЕССИВНАЯ КРАНИОТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Кузиев О.А.

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Введение. Одним из перспективных методов лечения злокачественного массивного (полушарного) ишемического инсульта (МИИ) является декомпрессионная краниотомия (ДКТ), поскольку она направлена на устранение компримирующего влияния отека ишемизированного полушария на стволовые структуры головного мозга и



обратное развитие дислокационного синдрома. Однако в нашей стране данный метод пока не нашел широкого применения. Кроме того, в литературе существует много спорных моментов касательно особенностей проведения ДКТ.

Цель: проведение оценки эффективности декомпрессионной краниотомии как метода коррекции критического отека головного мозга у пациентов с МИИ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ 27 случаев проведения декомпрессионной краниотомии у пациентов с МИИ, находящихся на лечении в отделении анестезиологии-реанимации (ОАР) за 2011 – 2013 годы. В исследовании приняло участие 12 мужчин и 15 женщин в среднем возрасте 47,8 (25 – 64) лет.

Комплекс обследований, объем интенсивной терапии, в том числе выставление показаний к оперативному вмешательству проводились согласно *Guidelines for Management of Ischemic Stroke 2008*.

Оперативное вмешательство заключалось в создании дефекта не менее 10x15 см. с обязательным включением в объем операции подвисочной области.

У всех пациентов оценивались: уровень бодрствования (по шкале ком Глазго) на момент поступления больного и проведения операции; время от развития клиники, являющейся показанием для операции, до начала проведения оперативного вмешательства; выраженность дислокации срединных структур по данным МСКТ на момент начала операции; длительность проведения ИВЛ пациентам; сроки нахождения пациента в условиях реанимации; уровень конечного неврологического дефицита по шкале исходов Глазго (ШИГ); исход лечения больного.

Результаты и обсуждение. Уровень бодрствования больных при поступлении в ОАР варьировал от ясного сознания (15 баллов по ШКГ), до умеренного оглушения (11 баллов). У всех пациентов в течение первых 4 – 7 часов наблюдалось угнетение сознания до уровня сопора (от 9 до 10 баллов по ШКГ) на фоне прогрессирующего отека головного мозга с развитием смещения срединных структур, по данным МСКТ, в среднем на 8 мм (5 – 12 мм).

15 (56%) из обследуемых пациентов были выписаны из стационара со средним уровнем неврологического дефицита по ШИГ 6,4 балла (5 – 7); 12 (44 %) пациентов погибли в следствие прогрессирующей клиники отека и вклинения головного мозга.

Заключение. Декомпрессионная краниотомия оказалась достаточно эффективным методом лечения жизнеугрожающего отека головного мозга на фоне МИИ. Требуются дальнейшие исследования с **Целью** уточнения показаний к выполнению декомпрессионной краниотомии, объема резецируемого участка кости.



СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Кулдашев К.А., Кулдашева Я.М., Холматов А.А., Хурсанов А.А., Ахмедов Б.О., Тухтаев Ж.Ж., Камчинов М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) на сегодняшний день является лидирующей патологией по показателям смертности в травматологии.

Цель: изучить эффективность применения лимфотропной иммуномодулирующей терапии для профилактики и лечения вторичных гнойных осложнений при сочетанных черепно-мозговых травмах (СЧМТ).

Материалы и методы: Проведен анализ 240 больных поступивших в нейрохирургическое отделение Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с СЧМТ.

Результаты и их обсуждение: Корреляционный анализ показал ($n=270$), что развитие внутричерепных гнойно-воспалительных осложнений зависит от наличия переломов свода и основания черепа ($r=0,6$; $p<0,01$), наличия открытой черепно-мозговой травмы ($r=0,6$; $p<0,01$) и длительности коматозного состояния ($r=0,5$; $p<0,01$). В свою очередь развитие этих осложнений четко коррелирует с исходами черепно-мозговой травмы ($r=0,7$; $p<0,01$).

С целью профилактики и лечения этих осложнений была проведена региональная лимфотропная терапия 154 больным с открытой СЧМТ, без экстракраниальных инфекционных очагов или сепсиса. Препараты вводились 1 раз в сутки в область шейных и подчелюстных лимфатических узлов со стороны раны на протяжении 1-3 дней. Другой группе больных с такой же патологией (50 человек) лимфотропная терапия не проводилась, лечение проведено путем введения инфузий внутривенным и внутримышечным способом. К сожалению, традиционные методы введения антибиотиков и иммуномодуляторов не обеспечивают терапевтических концентраций препаратов в лимфатическом русле. Кроме того, в крови и тканях лечебные концентрации препаратов удерживаются весьма ограниченное время 4-12 часов. Используемая нами лимфотропная антибактериальная и иммуномодулирующая терапия при однократной инъекции препарата в среднетерапевтической разовой дозе, обеспечивает лечебную концентрацию в течении 24 часа не только в лимфатической системе, но и в большинстве тканей, сыворотке тканей, сыворотке крови. В качестве антибиотика была применена ампицилин, и в качестве иммуномодулятора была применена эндоферон 1 мл.

Выводы: Предложенная лимфотропная иммуномодулирующая терапия повышает эффективность базисного лечения, предотвращая развитие инфекционных осложнений.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Кулдашев К.А., Холматов А.А., Хурсанов А.А., Ахмедов Б.О., Тухтаев Ж.Ж.,
Камчинов М.М., Акбаров И.Н., Расулов Ж.М.
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность: За последние 5 лет (в период с 2017 по 2022г) в отделения нейрохирургии и нейрореанимации Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи госпитализированы 315 пострадавшие с черепно-мозговой травмой. Среди этих больных синдром ВЧГ (внутричерепная гипертензия) развился у 178 (56,5% больных).

Цель: Изучение механизмов внутричерепной гипертензии травматического генеза при сочетанных черепно-мозговых травмах

Материалы и методы: Основными критериями синдрома внутричерепной гипертензии служили: изменение памяти и внимания (91,8%), из них выраженные (32,9 %); отсутствие пульсации центральной вены сетчатки (89,5 %); снижение индекса вазомоторной реактивности до 64% , гидроцефалия по данным магнитно-резонансной или компьютерной томографии (61,8%), патологические типы электроэнцефалограмм (53,9 %). Дополнительные критерии: рентгенологические признаки (24,2 %), головная боль, сопровождающаяся тошнотой (23,7%), эпилептический синдром (14,5 %); застой на глазном дне (9,2 %).

Результаты и их обсуждение: Во всех случаях нарушения уровня сознания, иногда сочетающегося с острой респираторной или сердечной недостаточностью, при травматических повреждениях головного мозга оправданной считалось нейровизуализация, в частности МСКТ и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Мониторинг внутричерепного давления проводилось у больных с тяжелой ЧМТ (3-8 баллов по Шкале Комы Глазго) с и без патологией на МСКТ (в последнем случаи при наличии хотя бы двух из следующих признаков: возраст старше 40 лет, наличие одно- или двусторонней децеребрации, систолическое АД < 90 mm Hg).

Выводы: При оценке данных КТ признаками ВЧГ считались компрессия охватывающей цистерны, компрессия желудочков, отсутствие субарахноидальных щелей, сглаженность борозд и извилин, смещение срединных структур.



СОЧЕТАННЫЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Кулдашев К.А., Расулов Ж.М, Хурсанов А.А., Ахмедов Б.О., Тухтаев Ж.Ж., Камчинов М.М. , Акбаров И.Н., Холматов А.А., Хаджалиев Ж.Т., Инамова Г.К.
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность: За последние 7 лет (в период с 2015 по 2022г) в отделениях детской нейротравматологии, нейрохирургии и нейрореанимации Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи госпитализированы 615 пострадавшие с черепно-мозговой травмой. Среди этих больных синдром ВЧГ развился у 178 (29% больных).

Цель: Изучение механизмов сочетанных черепно-мозговых травм и диагностических аспектов внутричерепной гипертензии травматического генеза

Материалы и методы: Основными критериями синдрома внутричерепной гипертензии служили: изменение памяти и внимания (91,8%), из них выраженные (32,9 %); отсутствие пульсации центральной вены сетчатки (89,5 %); снижение индекса вазомоторной реактивности до 64% (79,7 %), гидроцефалия по данным магнитно-резонансной или компьютерной томографии (61,8%), патологические типы электроэнцефалограмм (53,9 %). Дополнительные критерии: рентгенологические признаки (24,2 %), головная боль, сопровождающаяся тошнотой (23,7%), эпилептический синдром (14,5 %); застой на глазном дне (9,2 %).

Результаты и их обсуждение: Во всех случаях нарушения уровня сознания, иногда сочетающегося с острой респираторной или сердечной недостаточностью, при травматических повреждениях головного мозга оправданной считалось нейровизуализация, в частности КТ и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Мониторинг внутричерепного давления проводилось у больных с тяжёлой ЧМТ (3-8 баллов по Шкале Комы Глазго) с и без патологией на КТ (в последнем случаи при наличии хотя бы двух из следующих признаков: возраст старше 40 лет, наличие одно- или двусторонней децеребрации, систолическое АД < 90 mm Hg).

Выводы: При оценке данных КТ признаками ВЧГ считались компрессия охватывающей цистерны, компрессия желудочков, отсутствие субарахноидальных щелей, сглаженность борозд и извилин, смещение срединных структур.



ВТОРИЧНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ И ИХ КОРРЕКЦИЯ.

К.А.Кулдашев, И.Н.Акбаров, Я.М. Кулдашева, Ж.Ж.Тухтаев, М.М.Камчинов,
А.А.Холматов, Б.О.Ахмедов, А.А.Хурсанов.
Андижанский государственных медицинский институт.

Актуальность. Вторичные повреждающие факторы такие как внутричерепная гипертензия, гипотония, гиперкапния является основными факторами неблагоприятных исходов при сочетанных черепно-мозговых травмах.

Цель. С целью определения показаний к хирургическому и консервативному методам лечения вторичных повреждений при сочетанных черепно-мозговых травмах был осуществлен ретроспективный анализ 181 истории бо-лезни больных с очаговыми ушибами.

Материал и методы. Из анализа были исключены 10 больных, которые были оперированы в других учреждениях до поступления в Андижанский филиал РНЦЭМП без предварительного компьютерно-томографиче-ского исследования.

Результаты и обсуждение. Анализ динамики глубины бессознательного состояния среди опериро-ванных и неоперированных больных показал, что неоперированные больные по уровню сознания были относительно стабильны в течение первых 11 суток после травмы, тогда как больные, которые были оперированы в РНЦЭМП часто демонстрировали клиническое ухудшение, связанное в основном с угнетением уровня сознания, а иногда, и нарастанием очагового урологического дефицита. При объеме менее 30 мл все больные лечились консервативно, а при объеме свыше 40 мл осуществлялось только хи-рургическое лечение. В случае объема очага ушиба от 30 до 40 мл использова-ли как хирургическое, так и консервативное лечение. Из 9 не оперированных больных с объемом свыше 30 мл скончались трое (один больной скончался вследствие не удален-ной внутримозговой гематомы, остальные от внечерепных причин). Следова-тельно, условную границу между объемом очага ушиба-размозжения в хирур-гических и не хирургических группах можно провести на уровне 30 мл. Од-нако, если имеется проникающая черепно-мозговая травма или вдавленные пе-реломы, оперативное лечение безусловно показано даже если пострадавший соответствует вышеперечисленным критериям. Таким образом, выбор метода лечения больных с очаговыми ушибами размозжениями основывается на клинических и компьютерно-томографических показателях.

Выводы. Успех лечения и правильный выбор тактики в на-стоящее время невозможен без учета вторичных внутричерепных и внечерепных факторов и их выраженности, а также без учета удельного веса очаговых и диффузных повреждений мозга.



МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ А1-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ

Курбанова Д.И.

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (аденома предстательной железы, ДГПЖ) – одно из наиболее частых заболеваний мужчин пожилого возраста. Заболеваемость увеличивается с возрастом. Если на аутопсии в возрасте 41–50 лет аденому предстательной железы находят примерно в 20% случаев, то в 51–60 лет – уже в 50%, а в 80 лет и старше – в 90%. Требующие лечения симптомы ГПЖ имеют место у 60% мужчин старше 50 лет.

Цель исследования. Повысить эффективность и безопасность применения а1-адреноблокаторов у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Материалы и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе результатов наблюдения, диагностики и лечения 60 больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, получавших различные а1-адреноблокаторы (теразозин, альфузозин, тамсулозин).

Результаты исследования. Клиническая эффективность наиболее часто применяемых а1-адреноблокаторов (тамсулозин, альфузозин, теразозин) в отношении симптомов нарушенного мочеиспускания и основных уродинамических показателей практически идентична.

Симптоматический эффект после прекращения приема а1-адреноблокаторов может сохраняться на протяжении до 2-х месяцев. После прекращения приема а1-адреноблокаторов наиболее быстро происходит возврат симптомов накопления и объективных параметров: максимальной

скорости потока мочи, объема остаточной мочи. К концу 1-го месяца после отмены лечения ? показатели суммарного балла выраженности симптомов и симптомов опорожнения сохраняются - на уровне 50 - 60% от исходных значений.

В условиях реальной клинической практики России больные доброкачественной гиперплазией предстательной железы при решении вопроса о выборе метода лечения обследуются недостаточно: международную шкалу оценки симптомов при заболеваниях простаты (IP88) и индекс качества жизни (ООь) используют 81% врачей, измерение объема остаточной мочи ультразвуковым методом - 60%, урофлоуметрию — только 37%.

В условиях повседневной клинической практики применения титруемых а1-адреноблокаторов (теразозин) большинство пациентов (67%) получают низкие дозы препарата (2 мг/сутки). В то же время, у больных с изначально небольшими нарушениями мочеиспускания, применение даже малых доз теразозина способно существенно улучшить симптомы, показатели мочеиспускания и качество жизни.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Нетитруемые α_1 -адреноблокаторы (тамсулозин) могут быть использованы в функциональных прогностических тестах оценки эффективности лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Последовательное назначение вазоактивных и вазонеактивных α_1 -адреноблокаторов (и наоборот) не влияет на профиль безопасности препаратов и не приводит к увеличению частоты возникновения побочных эффектов.

Согласно данным суточного мониторинга, по влиянию на индекс времени нагрузки давлением, исследуемые препараты можно разместить в следующей последовательности: теразозин > альфузозин > тамсулозин.

Применение α_1 -адреноблокаторов безопасно у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы с отягощенным соматическим статусом, в связи с отсутствием клинически значимых системных побочных эффектов, а также взаимодействия указанных препаратов с основными видами современных гипотензивных средств.

Вывод. Каждая из рассмотренных групп препаратов для лечения ДГПЖ имеет свои достоинства и недостатки. Ингибиторы 5- α -редуктазы действуют медленно, но оказывают стойкий эффект, уменьшая органический компонент инфравезикальной обструкции. α -адреноблокаторы, напротив, оказывают быстрый эффект и воздействуют на динамический компонент обструкции.

Таким образом, эти препараты отлично дополняют друг друга и, что немаловажно, являются фармакологически совместимыми. При хорошей комплаентности долгосрочная терапия комбинацией ингибиторов 5- α -редуктазы и α -адреноблокаторов позволяет избежать необходимости оперативного вмешательства, а значит ассоциированной с ним потери трудоспособности на определённый срок и риска развития осложнений.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИМУНОРИКСА ПРИ ОРИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Курбонова Д.И.

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Одним из наиболее эффективных и безопасных иммуномодуляторов, обладающих мультинаправленным действием на вирусные, бактериальные и грибковые инфекции, является пидотимод (Имунорикс). В статье приводится обзор клинических исследований, которые обосновывают необходимость применения пидотимода в лечении и профилактике ЛОР-заболеваний. В последние годы возросло значение роли иммунной системы в лечении детей с различными острыми и хроническими заболеваниями инфекционного и неинфекционного характера, особенно в



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



создании поствакцинального иммунитета, профилактике заболеваний у детей с частыми рецидивирующими заболеваниями ЛОР-органов и респираторного тракта.

Цель исследования явилась оценка терапевтической эффективности, переносимости и безопасности препарата «Имунорикс» в рандомизированном контролируемом исследовании в качестве иммуностимулирующего средства в комплексном лечении острых респираторных заболеваний у часто и длительно болеющих детей.

Материалы и методы исследования. Целевой популяцией были 60 детей в возрасте от 3 до 14 лет с острым (или рецидивирующим) обструктивным ларинготрахеобронхитом на фоне ОРВИ с сопутствующей инфекционной и соматической патологией, сформированных по 30 человек в испытываемую и контрольную группы по случайному признаку.

Результаты и их обсуждение. Больные испытываемой группы получали в составе комплексной терапии ОРВИ Имунорикс в растворе по 5 мл (400 мг) внутрь вне приема пищи 2 раза в день ежедневно в течение 15 дней с последующей оценкой профилактического эффекта.

Больные контрольной группы получали только средства комплексной терапии ОРВИ. Основным условием включения больных в исследование было наличие симптомов ОРВИ в среднетяжелой и тяжелой формах, при отсутствии в схемах терапии детей в течение 3 месяцев иммуномодулирующих препаратов.

В испытываемой группе у 20 из 30 больных на фоне ОРВИ был стенозирующий ларинготрахеит (бронхит), из них у 13 была 1 степень стеноза гортани и у 7 — 2 степень; рецидивирующий круп был у 6 детей. Имунорикс в сочетании с антибиотикотерапией получали 6 больных.

В группе контроля у 23 из 30 больных ОРВИ был стенозирующий ларинготрахеит (бронхит), из них у 14 была

1 степень стеноза гортани и у 9 — 2 степень стеноза; рецидивы крупа были у 8 детей. Антибиотикотерапию получали 6 больных.

Результаты наших исследований клинической эффективности и безопасности Имунорикса согласуются с данными многоцентровых зарубежных исследований, проведенных с

Целью изучения влияния данного препарата на иммунный статус у

больных бронхолегочными заболеваниями и у часто болеющих ОРЗ. Эффективность применения препарата в педиатрической практике изучалась у 3200 пациентов с острыми и рецидивирующими респираторными инфекциями.

В частности, было показано, что Имунорикс усиливает хемотаксис фагоцитов и цитотоксическую активность натуральных клеток-киллеров; увеличивает пролиферацию лимфоцитов; нормализует соотношение между Т-хелперами и Т-супрессорами; стимулирует выработку IL-2 и экспрессию специфических рецепторов лимфоцитами, выработку гамма-интерферона и образование антител (секреторного IgA).



При применении Имунорикса в составе комплексной терапии указанных заболеваний достигалось сокращение продолжительности обострения, частоты ОРЗ и уменьшение потребности в антибиотикотерапии.

Выводы. 1.Совокупность имеющихся данных многоцентровых и наших исследований позволяют заключить, что применение Имунорикса является перспективным в качестве стимулятора иммунной системы организма у часто болеющего ребенка на инфекцию.

2.Имунорикс является эффективным иммуностимулирующим препаратом, оказывающим положительное влияние на динамику основных клинических симптомов при ОРЗ вирусной и вирусно-бактериальной этиологии со стенозирующим ларингитом (крупом) у детей.

3 Имунорикс способствует эрадикации патогенов и улучшает микробиоценоз ротоглотки при ОРИ.

4. Имунорикс сокращает сроки антибиотикотерапии, ускоряет процесс выздоровления и обеспечивает более гладкое течение ОРЗ.

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Курбонов Ш.П., Отакузиев А.З.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В настоящее время в условиях современных городов и мегаполисов отмечается устойчивый рост числа закрытых повреждений живота, сопровождающихся нарушением целостности внутренних органов от 10,7 до 69,7% и является основной причиной смертности. При этом несмотря на успехи современной хирургии, число напрасных лапаротомий, когда в брюшной полости не обнаруживают повреждения, составляет 17,5 - 47,9%.

Цель исследования. Улучшить **Результаты** диагностики и лечения травматических повреждений поджелудочной железы на основе малонивазивных методов.

Материал и методы исследования: Нами проанализировали опыт лечения 7 пострадавших с травмой поджелудочной железы (ПЖ). Большинство больных (98,9%) были трудоспособного возраста. Мужчин - 5 (71,4%), женщин - 2 (28,6%). В течение первых суток доставлены 93,1% пострадавших (из них в первые 2 часа поступили 61,4% больных), через 1 сутки и более - 6,9% больных.

При ультразвуковом исследовании о травме железы свидетельствовали изменения ее размеров и контуров, экзогенности, наличие жидкости в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке, инфильтрация забрюшинной клетчатки. У 4 пострадавших



выполнение МСКТ позволило выявить косвенные признаки повреждения соседних с железой органов. При всех видах повреждения поджелудочной железы производили диагностическую лапароскопию. Были осуществлены следующие вмешательства: ушивание ран железы - 1, абдоминализация с дренированием забрюшинной клетчатки - 3, блокада железы, оментопанкреатопексия - 2. При незначительных ушибах железы и небольших ее гематомах производили блокаду железы раствором новокаина, гидрокортизона, контрикала с последующей оментопанкреатопексией. У 1 больного повреждением головки железы была, произведена конверсия лапаротомия и наложена холецистостома с дренированием вирсунгова протока.

Результаты исследования. Осложнения возникли у 2 больных с развитием посттравматического панкреатита с 1 и 4 степенью повреждения поджелудочной железы (88% и 77,3% соответственно). По нашим данным существенное значение на развитие послеоперационного панкреатита оказывал характер проводимой операции на поджелудочной железе. Летальность не наблюдали. Внедрение современных инструментальных методов диагностики позволило сократить среднее время от момента госпитализации пострадавшего до оказания ему оперативного пособия с $10,7 \pm 3,7$ до $4,0 \pm 1,4$ часов.

Выводы:

При неясной клинической картине и сомнительных результатах ультразвукового исследования у пострадавших с травмой ПЖ, необходимо выполнять компьютерную томографию, а в случае нестабильной гемодинамики - диагностическую лапароскопию.

При обнаружении прямых и косвенных признаков повреждения органов живота вопрос о дальнейшей тактике (лапароскопия, оперативное или консервативное лечение) решают индивидуально с учётом клинической картины.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОТОМИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЯХ

Курбонова Ш.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Последние годы характеризуются широким внедрением в клиническую практику эндоскопических методов, которые позволяют улучшить как диагностику, так и лечение многих гинекологических заболеваний.

Первоначально лапароскопия использовалась только в диагностических целях. За рубежом и в нашей стране опубликовано большое количество работ, посвященных лапароскопической семиотике гинекологических заболеваний.

Постепенно, с появлением в арсенале эндоскопистов более современного оборудования и инструментов, таких как волоконная оптика, ксеноновые источники света,



эндовидеокамеры, лапароскопический доступ стал все шире применяться для хирургического лечения гинекологических заболеваний.

Цель исследования. Оценить степень травматичности операций, выполняемых различными подходами в гинекологии.

Методы исследования. Обследовано 140 женщин, которым было проведено хирургическое лечение лапароскопическим и лапаротомным доступом.

Результаты исследования. Течение послеоперационного периода оценивалось в соответствии с масштабом хирургического вмешательства. Учитывались следующие параметры (температурная реакция, болевая реакция, физическая активность, перистальтика кишечника, мочеиспускание, клинические показатели крови, уровень молекул средней массы), которые оценивались по балльной системе (0.1.2 балла). Легкая степень травмы составляет от 0 до 4 баллов, средняя степень - от 5 до 9, а тяжелая - от 10 до 14 баллов. Показаниями к операции были следующие диагнозы: эндометриоз, опухоли и опухолеподобные образования матки и придатков. Средний возраст пациентов составил $36,2 \pm 0,4$ года.

При использовании лапароскопического доступа легкая степень травмы была выявлена в 85% случаев, средняя степень - в 15%. При использовании лапаротомного доступа (аналогичные гинекологические патологии) легкая степень травмы была выявлена у 8,3% пациенток, средняя степень - у 60%, а тяжелая - у 31,7%.

Вывод. Лапароскопический подход к хирургическому вмешательству является более щадящим по сравнению с лапаротомическим подходом. Пациенты после лапароскопических операций активны, не испытывают боли и проблем с мочеиспусканием. У такого контингента женщин рано начинается трудоспособность и социальная реабилитация.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ.

Курбонова Ш.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Миома матки является одной из наиболее актуальных проблем гинекологии в связи с широкой распространенностью и "омоложением" этого заболевания, а также негативным влиянием, которое данная патология оказывает на здоровье и репродуктивную функцию женщин.

Несмотря на то, что консервативные методы лечения относительно эффективны, хирургическое лечение миомы матки продолжает оставаться ведущим. В то же время, несмотря на антимикробную профилактику (АМП), проводимую по современным стандартам, в ряде случаев хирургическое вмешательство сопровождается



возникновением послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений. В связи с этим вопросы патогенеза, диагностики и терапии миомы матки заслуживают пристального внимания.

Цель исследования. Оптимизация эндоскопических операций у пациенток с миомой матки и анемией с использованием Эпокрин в предоперационной подготовке.

Материалы и методы исследования. Мы обследовали 55 пациенток с миомой матки и анемией в сочетании с различными гинекологическими патологиями. Средний возраст пациентов составил $35,6 \pm 0,3$ года.

Результаты исследования. Методом оперативного доступа в первой группе, состоящей из 27 пациентов, была лапароскопия, во второй группе из 28 пациентов - лапаротомия. В первой и второй группах 28 женщинам в предоперационном периоде проводилась традиционная противоанемическая терапия (препараты железа, витамины), остальные 27 пациенток применяли Эпокрин в сочетании с традиционным лечением.

Расчет дозы и продолжительности применения препарата проводился индивидуально под динамическим контролем клинических и лабораторных исследований. Препарат вводили подкожно из расчета 200 ед/кг массы тела. Для оценки эффективности терапии было проведено исследование клинического анализа крови, активности эритропоэтина в сыворотке крови, показателей обмена железа (сывороточное железо, трансферин, ферритин). Особое внимание было уделено повышению уровня гемоглобина, гематокрита и артериального давления.

Анализ полученных результатов показал, что у женщин, в предоперационном периоде которых применялся препарат Эпокрин, наблюдается четкая и стабильная нормализация показателей состояния эритронов.

Вывод. Эпокрин является эффективным и хорошо переносимым препаратом, который в предоперационном периоде позволяет скорректировать состояние анемии у пациенток с миомой матки.

ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Курбонов Ш.П., Отакузиев А.З.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) – одна из наиболее важных проблем экстренной абдоминальной хирургии, что встречается с 1 - 2 до 10 - 11% в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, и сопровождается увеличением частоты его деструктивных форм до 27,3 - 58,3% и летальности - до 20 - 30%.

Материалы и методы. Клинический материал охватил 52 пациентов наблюдавшихся в клинике за последние 3 лет с 2019 по 2022 гг. с острым панкреатитом. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа (группа сравнения) - 25 пациентов,



которым выполнялась лапаротомия, дренирование сальниковой сумки. Больным, включенным во II группу (основная группа, 27 пациентов), проводилось этапное консервативное и комбинированное хирургическое лечение.

Число женщин - 36 (69,2%) более чем вдвое превысило число мужчин - 16 (30,7%). Преобладающим этиологическим фактором был алиментарный фактор 23 (44,2%), на втором месте желчнокаменная болезнь 11 (21,1%), на третьем месте алкоголь – (19,2%). У 8 (15,5%) пациентов этиологический фактор смешанного генеза.

Диагностика была основана на анамнестических, клинических, лабораторных данных, рентгенологического, ультразвукового исследований и компьютерной томографии.

Консервативная терапия острого панкреатита включала в себя купирование болевого синдрома, инфузионную терапию, блокаду секреторной функции поджелудочной железы, подавление секреции желудка, антибактериальную терапию, спазмолитики, антикоагулянты, а так же коррекцию метаболических нарушений.

Окончательное хирургическое лечение (лапароскопическая холецистэктомия) проведены у 36 (48,6%) из 74 больных с тяжелым острым панкреатитом, все операции проведены на ранних стадиях заболевания.

Результаты. Продолжительность лечения при использовании эндовидеохирургических методов составила 17,3 койко/дней, летальность – 13,8%, а при открытых операциях – 28,6 койко/дней, летальность – 21,5%. Применение современных лапароскопических методов лечения тяжелого острого панкреатита, позволяет уменьшить количество осложнений с 36,4% до 28,6% ($p < 0,05$).

Выводы. Применение лапароскопических методов с консервативной терапией обеспечивает раннюю эвакуацию токсических продуктов, что способствует предупреждению полиорганной недостаточности и приводит к сокращению сроков лечения, снижению количества послеоперационных осложнений и летальности.

РОЛЬ Т МЕСТО ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ

ДИАБЕТОМ (II) ТИПА С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Қасимов А.Л., Мирзаев К.К., Жураев Г.Г., Мансуров Ш.Ш., Ахмаджонов.Ж.У Солиев.М.Б
Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан

Актуальность. Лечение гнойно-некротических процессов невозможно без учета тяжести сахарного диабета, вида инфекции, фазы и локализации воспалительного процесса, особенностей общих и местных проявлений, обусловленных свойствами возбудителей и реактивности организма больного. **Цель** исследования: улучшить

Результаты комплексного лечения у больных сахарным диабетом (II) типа осложнённого синдромом «диабетической стопы».



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 94 больных с гнойной некротическими осложнениями сахарного диабета. 62 пациентам наряду с комплексной консервативной терапией, выполнялись «малые» операции на стопе с некроэктомией раны CO₂ - хирургическим лазером и последующим аутодермальным закрытием ран (основная группа) и 32 пациента, которым проводились аналогичная комплексная консервативная терапия, аутодермальное закрытие послеоперационных ран не выполнялось, составили контрольную групп. Средний возраст в годах в основной группе составил $66,2 \pm 1,42$, в контрольной группе $65,4 \pm 1,46$. В основной группе мужчин было 18 (29,1%), женщин 44 (70,9%), в контрольной группе 9 (28,2%) и 23 (71,8%). Больные в обеих группах страдали диабетом более 10 лет. Количество больных с тяжелой формой течения сахарного диабета в основной группе составило 54 (87%) патента, в контрольной - 26 (81,2%) соответственно. Как в основной, так и в контрольной группе основными оперативными пособиями являлись некроэктомия и резекция передних отделов стопы. Наряду с хирургическим лечением больных как в основной, так и контрольной группах проводились комплексная консервативная терапия, включающая в себя разгрузку пораженной конечности, коррекцию углеводного обмена путем дробного введения простого инсулина по данным суточной гликемии, антибактериальная терапия которая была основана на данных микробиологических исследований.

Результаты и их обсуждение. Лечение диабетической нейропатии и расстройств микроциркуляторного звена кровообращения проводилось препаратами липоевой кислоты и низкомолекулярными гепаринами. Местное лечение включало ежедневные перевязки с использованием раствора йодопирона, 0,5% хлоргексидина и др. На фоне проводимых лечебных мероприятий, включающих лекарственную терапию, обработку раны CO₂ - лазером в основной группе позволило сократить сроки очищения раны от гнойно-некротических тканей до $7 \pm 1,24$ суток, появления «здоровых» грануляции происходило на $9 \pm 1,12$ сутки, по сравнению с контрольной группой, где сроки очищения раны составили $10 \pm 1,16$ дней, а формирование сочных грануляцией наступило к $13 \pm 1,34$ суткам.

Заключение. Вышеуказанное свидетельствует об ускорении сроков очищения раны у больных основной группы в 1,4 раза по сравнению с контрольной. Выполнение ранних пластических операций на стопе у больных сахарным диабетом II типа после «малых» операций на стопе имеет важное значение, так как, позволяет сократить сроки эпителизации ран, обеспечить раннюю активизацию и сократить сроки лечения.

ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА И ПРОГНОЗОМ У МУЖЧИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Қодиров М.А., Муминов Р.К.

Андижанский государственный медицинский институт



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Введение. По данным Американской Ассоциации Сердца (2001) у более, чем 1 млн. американцев ежегодно наблюдаются эпизоды нарушения коронарного кровообращения, такие как сердечный приступ (термин «heart attack» чаще используется в англоязычной литературе) и остановка сердца.

Более чем у половины из них указанные состояния возникают впервые в жизни, тогда как у остальных наблюдается повторение (рецидивирование) сердечной симптоматики. В 2-3 раза чаще сердечные приступы возникают у мужчин, нежели у женщин. С возрастом частота развития сердечных приступов также увеличивается. Около 12 миллионов человек имеют характеризующиеся болями за грудиной эпизоды нарушения кровоснабжения (ишемии) сердечной-мышцы.

У 5% пациентов, госпитализированных по поводу ИС, развивается инфаркт миокарда или смерть на госпитальном этапе.

Цель исследования. Изучение электрического ремоделирования миокарда и его взаимосвязи с факторами риска и прогнозом у мужчин с острым коронарным синдромом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 444 мужчины, из которых 148 больных острым первичным инфарктом миокарда и 296 человек, не имевших клинических, анамнестических, ЭКГ-признаков ишемической болезни сердца, составили группу контроля.

Результаты исследования. Все исследуемые лица были разделены на две группы - до 50-ти и старше 51 года. Средний возраст в первой подгруппе составил для ОИМ $44,6 \pm 4,5$ года и $43,7 \pm 4,9$ лет для контрольной группы ($p=0,269$); во второй подгруппе средний возраст для ОИМ составил $60,3 \pm 6,6$ лет и $59,9 \pm 6,1$ лет для группы контроля ($p=0,662$).

Относительный и атрибутивный риск развития первичного ОИМ зависит от возраста больного и типа ФР. При этом, относительный и атрибутивный (добавочный) риск могут иметь разнонаправленный характер, в зависимости от вида фактора риска. Величина атрибутивного риска для артериальной гипертензии и фактора наследственности сердечно-сосудистых заболеваний с возрастом увеличивается.

У мужчин с острым коронарным синдромом (как с ОИМ, так и с ИС) установлено достоверное существенное снижение величины скорости активации левого желудочка и увеличение показателя неоднородности САЖ, по сравнению с лицами без клинических проявлений ИБС, что свидетельствует о высокой степени электрической гетерогенности миокарда у данной категории больных.

Показатель неоднородности скорости активации левого желудочка, характеризующий гетерогенность миокарда, у больных с ИС достоверно выше, чем у лиц с ОИМ без зубца р.

Наличие факторов риска ассоциируется со снижением величины скорости активации левого желудочка и повышением показателя неоднородности САЖ. Наиболее



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



тесная взаимосвязь установлена для артериальной гипертензии, курения, гиперхолестеринемии и избыточной массы тела.

Снижение величины САЖ в первые сутки, а также в динамике (на 7 и 17 сутки) развития ОКС и повышение уровня показателя неоднородности скорости активации левого желудочка вне зоны инфаркта являются маркером развития нарушений сердечного ритма и неблагоприятного прогноза у больных ОКС.

Комплексный подход, включающий изучение факторов риска, увеличивающих относительный и атрибутивный риск развития ОИМ, в сочетании с исследованием скоростных детерминант ЭАС в динамике развития ОКС, позволяет интегрировать когортный и индивидуальный подходы в изучении причинно-следственной связи развития заболевания и его исходов.

Вывод. Таким образом, чрезвычайно важным представляется поиск новых подходов к ранней диагностике сердечно-сосудистых заболеваний с учетом функциональных и адаптационных способностей миокарда для стратификации больных по степени риска развития осложнений, внезапной смерти, а также оптимизации прогноза и определения тактики ведения пациента, в частности, с острым коронарным синдромом.

Особый интерес, с этой точки зрения, представляет комплексное исследование факторов риска и скоростных характеристик электрической активности сердца, как показателей наиболее ранних, в том числе доклинических, изменений миокарда, дающих возможность уже на начальных стадиях заболевания определить прогноз у каждого конкретного больного.

Однако, комплексный подход, сочетающий исследования по профилактике первичного эпизода сердечной атаки, с изучением прогноза заболевания недостаточно освещен в литературе.

СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ МИКРОНУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Л.В. Левчук, Н.Е. Санникова, Т.В. Бородулина, Л.В. Крылова, Н.С. Соколова
Уральский государственный медицинский университет

В последние годы во всем мире у детей разного возраста все чаще диагностируются нарушения пищевого статуса и возрастает частота алиментарно-зависимых заболеваний, в первую очередь, болезней органов пищеварения, эндокринной, костно-мышечной системы, избыточной массы тела и ожирения. Недостаточное количественное и качественное обеспечение организма ребенка нутриентами, особенно в критические периоды роста и развития, тормозит реализацию интеллектуального и физического потенциала, способствует формированию хронической



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



патологии. Наиболее серьезную проблему представляет дефицит в питании микронутриентов, который носит характер сочетанного полигиповитаминоза и микроэлементоза.

Целью нашего исследования явилась оценка пищевого статуса и научное обоснование необходимости профилактики и коррекции макро- и микроэлементозов у детей.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное когортное исследование, включающее 307 детей в возрасте от 3 до 6 лет (средний возраст $4,7 \pm 0,1$ лет) и 198 детей 7-11 лет (средний возраст $8,7 \pm 0,1$ лет). Клиническое исследование осуществлялось при наличии информированного согласия родителей и одобрено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Комплекс обследования включал оценку анамнеза, анкетирование родителей, объективный осмотр с оценкой физического развития, лабораторные и инструментальные исследования с **Целью** получения информации о факторах риска нарушения пищевого статуса, фактическом питании и обеспеченности макро- и микронутриентами по их содержанию в сыворотке крови и экскреции с мочой. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием прикладных программ STATISTICA 10.0., Epi info 7.2.2.2., Microsoft Exel.

Результаты исследования. Определена несбалансированность рационов питания обследованных детей по основным группам продуктов. Выявлено недостаточное потребление молочных продуктов (54,9-72,7 %), фруктов (47,1-78,8 %), овощей (49,2-51,5%), мяса и рыбы (37,2-54,5 %) круп (35,3-84,9 %); избыточное потребление соли (96,9%) и простых сахаров (95,7%). Пищевые рационы не обеспечивали физиологическую норму поступления белка у 50,3%, жира - у 52,8%, углеводов - у 53,4%, кальция - у 52,1%, энергии - у 48,5% детей.

Оценка физического развития позволила выявить детей с нарушением нутритивного статуса: 25,4 % и 33,4 % дошкольников и школьников, соответственно, имели избыточную массу тела, 7,5 % и 12,4 % - ожирение.

В структуре заболеваемости первое место заняли болезни костно-мышечной системы, второе – неврологическая патология, третье - заболевания желудочно-кишечного тракта. Установлено, что избыточной вес в 7 раз повышает риск формирования хронической патологии (OR = 7,25; 95% ДИ [3,21-16,39]; $\chi^2 = 24,73$; $p=0,0000$).

Нами доказано влияние определенных биологических факторов на формирование нарушений пищевого статуса дошкольников, что согласуется с теорией фетального программирования Д. Баркера: возраст матери более 30 лет (OR=5,87; 95% ДИ [2,92-11,8]), повторные беременности (OR=1,88; 95% ДИ [1,15-3,06]), преэклампсия (OR=2,40; 95% ДИ [1,19-4,82]), инфекции (OR=11,85; 95% ДИ [4,37-32,13]), абдоминальные роды (OR=2,21; 95% ДИ [1,09-4,49]), отмена грудного вскармливания до 4 месяцев (OR=3,60; 95% ДИ [1,33-9,69]).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Изучение обеспеченности макро- и микронутриентами выявило значимые нарушения, влияющие на здоровье и развитие детей. При отставании роста обнаружено достоверное снижение общего белка в сыворотке крови ($63,283 \pm 1,443$ г/л), по сравнению с детьми со средним ростом ($66,778 \pm 0,819$ г/л, $p=0,0451$). При отягощенном по заболеваниям сердечно-сосудистой системы анамнезе у 13,3% детей найдены нарушения липидного обмена: повышение уровня общего холестерина у 25,9% более 4,4 ммоль/л; у 4,8% - более 5,18 ммоль/л; повышение уровня ЛПНП – у 11,1% дошкольников.

Снижение экскреции магния отмечено у 25,8% детей при недостаточном потреблении с пищей. Крайне высокая экскреция натрия с мочой, выявленная у 61,1% свидетельствовала о повышенном употреблении пищевых продуктов с большим содержанием соли. Дефицит кальция проявлялся снижением его экскреции при нормальном уровне в сыворотке крови. В то же время, содержание неорганического фосфора в крови оказалось повышенным ($1,818 \pm 0,049$ ммоль/л), что изменило соотношения кальция и фосфора и, в свою очередь, способствовало нарушению обмена кальция. Получены доказательства, что риск формирования заболеваний костно-мышечной системы увеличивается в 8 раз при недостаточной обеспеченности кальцием (OR = 8,40; 95% ДИ [2,10-33,48]). Крайне актуальна для нашего региона проблема йододефицита: нормальную йодную обеспеченность имела лишь третья часть детей (35,6%), йодный дефицит легкой степени выявлялся у 39,6%, средней тяжести – в 23,8%. Медиана йодурии оказалась также сниженной - 81,77 мкг/л. Ультразвуковые изменения щитовидной железы отмечены у 23,5% в виде диффузного увеличения, коллоидных кист и нарушения структуры. Йододефицит ассоциирован с отставанием роста и сопровождается с достоверным снижением Z-score рост/возраст ($p=0,0193$), а также в 3 раза увеличивал риск формирования хронической патологии (OR = 3,11; 95% ДИ [1,07-9,07]). Выявлена значительная распространенность дефицита железа: латентный дефицит выявлен у 88,2% детей, железodefицитная анемия – у 1,8%. Также отмечен дефицит цинка, его экскреция с мочой была почти в два раза ниже нормативных значений ($307,336 \pm 35,618$ мкг/л).

Вывод. На основании изучения макро- и микронутриентной обеспеченности доказано, что дети дошкольного и младшего школьного возраста должны быть отнесены к группе риска по алиментарно-зависимым и дефицитным состояниям, так как более половины из них имели нарушения нутритивного статуса и сочетанный дефицит ряда эссенциальных микронутриентов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ОСОБЕННОСТЯХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

М. А. Миртолипова

Ташкентская Медицинская Академия

За последние годы представления о структуре лимфатических узлов и их различных структурно-функциональных зонах существенно изменились и дополнились. Однако,



многие вопросы функциональной морфологии лимфатических узлов все еще остаются малоизученными. Развитию ЛУ посвящено сравнительно больше исследований. ЛУ у плодов человека они закладываются уже в первые месяцы в виде сплетений первичных кровеносных и лимфатических капилляров, в петлях которого обнаруживается большое количество мезенхимных клеток. Со временем дифференцируются ретикулярные и лимфоидные клетки, сосуды, синусы, капсула ЛУ. Брыжеечные узлы образуются из прослоек соединительной ткани между узкими лимфатическими сосудами. Из мезенхимы образуется паренхима узлов, а из сосудов - синусы.

Показано, что при беременности нормальный рост и развитие плода происходит благодаря сложным, генетически детерминированным иммунологическим механизмам обеспечения репродукции и надежности функциональной системы мать-плацента-плод. После родов, включается функциональная система мать-молочная железа-новорожденный, то есть единственным органом, связывающим организм матери и новорожденного и обеспечивающим его не только питательными и биологически активными веществами, но и участвующим в передаче младенцу адаптивного иммунитета являются молочные железы. Но вся эта стройная система иммунологических взаимоотношений между матерью и плодом, а также между матерью и новорожденным нарушается при материнской патологии в периоды беременности и грудного вскармливания, которые в значительной мере определяют течение перинатального периода развития ребенка и, возможно, всей его жизни.

Изучение структуры и функции лимфатических узлов – одна из актуальных задач медицины является которые рассматриваются как кроветворные и иммунокомпетентные органы.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОЖОГОВОЙ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ПЕРЕМЕЩЕННЫМ ШЕЙНЫМ ЛОСКУТОМ

Мадазимов М.М., Низамходжаев Ш.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Проблема ожогов до настоящего времени остается одной из самых актуальных и сложных в современной медицине. Прежде всего, это связано со значительным распространением ожогов среди населения, в связи с чем ее без преувеличения можно назвать современной травматической эпидемией густонаселенных городов и промышленно-развитых стран мира. Особое место среди всех локализаций глубоких ожогов занимают ожоги, локализующиеся на лице. Глубокие ожоги лица, заживающие спонтанно или леченные пересадкой кожи, почти всегда заканчиваются развитием патологических рубцов, особенно в области с мобильными тканями и естественными отверстиями.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель работы: улучшение результатов хирургической реабилитации больных с постожоговыми рубцовыми деформациями лица и шеи.

Материалы и методы. Задачей настоящих исследований явилась разработка способа пластики рубцовых деформаций путем применения перемещенного шейного лоскута. Исходно проведены экспериментальные исследования, которые позволили определить основные технические аспекты для разработки способа для клинической практики.

Результаты. Способ хирургического лечения постожоговой рубцовой деформации нижней зоны лица перемещенным шейным лоскутом заключается в выполнении операции в/в наркозом в комбинации с местной анестезией 0,5% раствором Лидокаина с добавлением раствора адреналина (в соотношении 1:300 000), разрезом на границе с рубцовой деформацией по передне-боковой поверхности шеи выделяют лоскут шеи с подкожной мышцей до уровня ключиц, иссекается послеожоговый рубец, раневой дефект закрывают перемещением шейного лоскута с послойным ушиванием раны с формированием подбородочно-шейного изгиба, отличающийся тем, что на раневые поверхности донорской и реципиентской зоны наносится порошок Хемобен в количестве по 60 мг на каждый 4 см² для предотвращения лимфореи обеспечения гемостаза, далее шейный лоскут и края раны после иссечения рубцовой деформации (в зоне фиксации лоскута к тканям по периферии) обрабатывается излучением лазера Матрикс с длиной волны 365-400 нм при плотности мощности 3мВт/см² в течение 1 минуты, далее для формирования подбородочно-шейного изгиба каждые 1,5-2,0 см накладываются фиксирующие узловые швы атравматическим плетеным рассасывающим шовным материалом 3/0 с максимальной подтяжкой шейного лоскута кверху, после чего аналогичными швами шейный лоскут дополнительно фиксируется к мягким тканям от угла нижней челюсти с обеих сторон до подбородочного выступа на расстоянии 1,5-2,0 см между швами, далее производится окончательная стандартная фиксация шейного лоскута к краям тканей после иссечения рубцовой деформации узловыми швами.

Вывод. Преимуществами предложенного способа являются: не требуется интубационный наркоз, а применение адреналина в составе местной инфильтрационной анестезии в донорской зоне и в области иссечения рубцовой деформации позволяет снизить кровоточивость тканей; включение в состав лоскута подкожной мышцы шеи позволяет сохранить адекватное кровообращение во всех слоях лоскута; при распространении рубцового дефекта с нижней на среднюю зону лица возможно поэтапное устранение, когда 6 месяцев после устранения дефекта в нижней зоне лица, тот же шейный лоскут поднять до средней зоны лица; порошок Хемобен за счет полимеризации превращается в полупрозрачную герметичную пленку, что предотвращает лимфорею в донорской зоне и обеспечивает гемостаз в зоне удаленного послеожогового келоидного рубца, а в последующем обеспечивает профилактику развития локального воспалительного и рубцово-спаечного процесса в зоне имплантации лоскута; лазерное воздействие улучшает микроциркуляцию и снижает активность локальных воспалительно-некротических процессов после имплантации шейного лоскута;



использование при формировании подбородочно-шейного изгиба фиксирующих узловых швов позволяет максимально растянуть шейный лоскут, а также обеспечивает хороший эстетический эффект в этой зоне; дополнительная фиксация шейного лоскута к мягким тканям от угла нижней челюсти с обеих сторон до подбородочного выступа обеспечивает снижение натяжения в дистальной его части, что позволяет фиксировать края лоскута без натяжения, предотвращает развитие краевого некроза, а также потенциальное расширение рубца.

ВЫБОР СПОСОБА ФОРМИРОВАНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО - ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА.

Мадазимов М.М., Ботиров А.К., Ботиров Ж.А.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Наш клинический материал, состоящий из 127 больных охватывает довольно-таки большой промежуток времени (2001-2020 гг.). Мы хотели отметить, что в начальном периоде нашей работы (2001-2010 гг.) у больных с толстокишечной стомой после операций Гартмана, сопровождающихся его резекцией, формировались межкишечные анастомозы в традиционном исполнении с применением двухрядных швов. Общая подготовка к восстановительной операции была направлена на ликвидацию параколостомических осложнений, нормализацию основных клинико-лабораторных показателей и восстановление трофологического статуса пациента.

Все хирургические вмешательства выполнены под стандартным комбинированным эндотрахеальным наркозом. В обеих клиниках превалировала одна хирургическая школа, многие важные моменты операции у изученных больных не отличались друг от друга. В частности, все виды реконструкции толстой кишки после операции Гартмана, проводились открытым доступом, путем широкой срединной лапаротомии, по одинаковой, общепринятой методике ликвидировалась колостома и выделялась приводящая кишка. Вне зависимости от метода наложения анастомоза операция завершалась дренированием брюшной полости и декомпрессией прямой кишки. Тактика ведения послеоперационного периода также была однотипной.

Одной из основных задач исследования было выяснение причин развития ранних послеоперационных осложнений. Для решения этой задачи были выделены условно постоянные показатели и определены группы переменных показателей. К условно постоянным показателям мы отнесли одинаковые показания к операции, почти одинаковые сроки восстановительной операции, объемы операции, одинаковые подходы к предоперационной подготовке и послеоперационному ведению. К переменным показателям мы отнесли данные топографо-анатомических соотношений и вариации



выбранной хирургической тактики (вид и способ формирования анастомоза). Следует отметить, что из всех показателей хирург может активно влиять только на выбор тактики.

При выборе способа формирования РВО важную роль играют сроки прошедшие от времени первичной операции. В первые 3-6 месяцев для выполнения РВО поступили 33(26,0%) больных. Из них контрольной группы составили 16 (21,9%), а основной группы 17 (31,5%). В сроки 7-12 месяцев для выполнения РВО поступили 85 (66,9%) больных. Из них больные контрольной группы составили (51 (69,9%), а основной – 34 (63,0%). Больные поступившие для выполнения РВО составили лишь 9 (7,1%). Из них контрольной группы – 6(8,2%), а основной – 3 (5,5%). Среди поступивших в сроки более года у 1 больного, время прошедшее от первичной операции до момента выполнения РВО составило 3 года и у 1 – 6 лет.

Хирургами при определении показаний к операции восстановления непрерывности межкишечного соустья в первую очередь учитывали характер выполненной операции и причину, расстояние между приводящей петлей толстой кишки и стомой, которые устанавливались по выписке из истории болезни и по данным инструментального исследования, а также расположения и состояния стомы и исходного состояния больного.

В связи с этим, по мере накопления клинического опыта и изучения результатов данной методики операции, нами были существенно расширены показания к методике межкишечного инвагинационного анастомоза.

Полученные **Результаты** анализа позволили, основываясь на данных предоперационного обследования, сформулировать условия оптимального выбора варианта анастомоза для восстановления непрерывности толстой кишки после операции Гартмана.

Пациент с заведомо длиной постколостомической культей, диастазом между стомой и культей менее 10 см с подвижным приводящим участком кишки: для восстановления непрерывности толстой кишки может применен любой из вышеназванных методов формирования межкишечного анастомоза. Вид анастомоза («конец в конец», «конец в бок», «бок в бок») зависит от соотношения диаметров анастомозируемых участков кишки. Пациент с заведомо длиной постколостомической культей, диастазом между колостомой и культей более 10 см, с подвижным приводящим участком кишки: для восстановления непрерывности толстой кишки при хорошей мобилизации анастомозируемых участков толстой кишки целесообразно расширить показания к формированию анастомоза инвагинационным способом.

Пациент с короткой постколостомической культей (от 6 до 10 см), диастазом между колостомой и культей менее 10 см, с малоподвижным приводящим участком кишки вследствие выраженного спаечного процесса. Приоритетный выбор анастомоза – «конец бок» инвагинационным способом. В аналогичной ситуации, но при ультрокороткой постколостомической культей, операцией выбора является анастомоз по принципу «конец в конец».



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОЖОГОВОЙ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ НА ГОЛОВЕ И ШЕЕ ПОЛНОСЛОЙНЫМ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ

Мадазимов М.М., Низамходжаев Ш.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Вопрос пластики обширных послеожоговых дефектов мягких тканей головы и шеи все еще остается открытым. Для пластики обширных рубцовых дефектов головы приемлем и эффективен способ микрохирургической аутотрансплантации сложных лоскутов (при отсутствии условий для экспандерной дермотензии). В то же время, микрохирургическая аутотрансплантация тканей требует наличия специального оборудования и инструментария, обученной микрохирургической бригады. Микрохирургические лоскуты не могут быть использованы в тех случаях, когда отсутствуют реципиентные сосуды для реваскуляризации трансплантата. Пластика перемещенными лоскутами также требует наличия рядом с зоной рубцового дефекта достаточного объема здоровой кожи, что не всегда доступно при локализации поражения на лице или шее. В свете вышеуказанного необходимы дальнейшие исследования по совершенствованию известных и разработке новых способов хирургической коррекции последствий ожогов головы и шеи.

Цель работы: улучшение результатов хирургической реабилитации больных с постожоговыми рубцовыми деформациями головы и шеи путем совершенствования реконструктивных операций на основе применения свободных кожных лоскутов.

Материалы и методы. Задачей настоящих исследований явилась разработка способа пластики рубцовых деформаций путем применения свободного кожного лоскута. Исходно проведены экспериментальные исследования, которые позволили определить основные технические аспекты для разработки способа для клинической практики.

Результаты. Способ хирургического лечения постожоговой рубцовой деформации лица и шеи заключается в выполнении операции под в/в потенцированием в комбинации с местной анестезией 0,5% раствором Лидокаина с добавлением раствора адреналина (в соотношении 1:300 000), линейным горизонтальным разрезом на шее с пересечением рубцовой ткани выполняется редрессация головы (выпрямление головы), дополнительными разрезами полностью устраняются стягивающие рубцы по боковой поверхности шеи, после иссечения рубцовой ткани на раневую поверхность (донорской зоны) наносят порошкообразную композицию «HEMOBEN», в количестве 60 мг на каждые 4 см² обрабатываемой поверхности, через 5-10 минут аутоплазму, разведенную физиологическим раствором в соотношении 1:1, наносят шприцом на обрабатываемые донорскую поверхность в количестве 10 мл на 10 см² поверхности, отличающийся тем, что перед забором свободного кожного лоскута с паховой области выполняется острая дермотензия посредством имплантации под кожу латексного прямоугольного экспандера (изготовлен в соответствии с ТУ 9398-016-00152164-2004, сертификат соответствия РОСС



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



RU.ИМ02.В16594), объемом основания 40,5 см², в который нагнетается 300-400 мл стерильного физиологического раствора, после чего проводится облучение потенциального кожного лоскута лазерным аппаратом «Импульс-100» (Узбекистан) в инфракрасном спектре (с длиной волны 900 нм) с частотой 100 Гц, импульсной мощностью 80-100 Вт/в импульсе, в течение 10 минут на расстоянии 3 см от поверхности кожи в сканирующем режиме (по всей поверхности лоскута), после чего проводится иссечение полнослойного кожного лоскута по краям экспандерного растяжения и производится его перфорирование инъекционной иглой по одному проколу на каждый 1 см² (для лимфооттока) и выполняется аутодермопластика с наложением фиксирующих узловых швов по краям раны на расстоянии 1,0 см друг от друга атравматическим монофиломентным нерассасывающимся шовным материалом 4/0, после чего аналогичными швами свободно перемещенный кожный лоскут дополнительно фиксируется к мягким тканям шеи в шахматном порядке без наложения давящей повязки по 1 шву на каждые 2,0 см², далее производится стандартная фиксация головы (ватно-марлевой повязкой или специальным воротником), далее в раннем послеоперационном периоде проводится облучение через повязку зоны пластики лазерным аппаратом «Согдиана» (Узбекистан) в инфракрасном спектре (с длиной волны 890 нм) с частотой 1300 Гц, импульсной мощностью 5-7 Вт/в импульсе, в течение 2 минут прикладывая к повязке в сканирующем режиме (по всей поверхности лоскута), 2 раза в день в течение 7-10 дней.

Вывод. Преимуществами предложенного способа являются: применение полнослойного свободного кожного лоскута в зону иссеченного рубца в отличие от расщепленного обеспечивает восстановление функциональной способности трансплантата; выполнение перфорации кожного лоскута инъекционной иглой обеспечивает отток лимфы в случае ее скопления под лоскутом; использование порошка Хемобен за счет усиления процессов адгезии кожного лоскута к раневой поверхности позволяет выполнить полноценную фиксацию последнего, причем без необходимости наложения давящей повязки, которая при традиционных вариантах пластики накладывается на 3-4 суток, что само по себе может вызвать компрессию сосудов и нарушение локальной трофики, приводящее к ухудшению приживления трансплантата; также давящая повязка за счет длительной фиксации не позволяет в динамике в течение первых 3-4 суток оценивать качество приживления свободного кожного лоскута; проведение острой дермотензии посредством применения латексного экспандера с облучением зоны потенциального трансплантата лазерным аппаратом «Импульс-100» (Узбекистан) позволяет улучшить качество свободного кожного лоскута за счет снижения степени ретракции трансплантата после его забора (в обычных условиях свободный кожный трансплантат после иссечения сокращается, уменьшаясь в размерах на 20-30%); послеоперационное облучение через повязку зоны пластики лазерным аппаратом «Согдиана» (Узбекистан) позволяет улучшить локальную микроциркуляцию, обеспечивая ускорение и более физиологичное приживление свободного кожного лоскута.



РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ЛЕВОСТОРОННЕЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ СТОМОЙ.

Мадазимов М.М., Ботиров А.К., Ботиров Ж.А.
Андижанский Государственный медицинский институт.

Данная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 127 больных с левосторонней толстокишечной стомой оперированных на базе кафедры хирургии с урологией Андижанского Государственного медицинского института и хирургического отделения РНЦЭМП Андижанского филиала с 2001 по 2020 гг.

При этом условно выделены два периода:

- I - с 2001 по 2010 гг., включающий 73 (57,5%) больных с левосторонней толстокишечной стомой, которые подлежали ретроспективному анализу;
- II - с 2011 по 2020 гг., включающий 54 (42,5%) больных с левосторонней толстокишечной стомой, которым использованы усовершенствованы хирургическая тактика и технические приемы операций.

Согласно поставленной задаче исследования после реконструктивно восстановительных операций нами проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения.

Все послеоперационные осложнения мы условно разделили на осложнения связанные с формированием анастомоза и хирургические осложнения вне зоны анастомоза. Такое подразделение было проведено на основании оценки характера осложнений, возникших у наших больных, и на наш взгляд, оно в полном объеме позволило провести анализ результатов выполненных операций.

В контрольной группе всего осложнений диагностировано у 28 (38,3%) больных. У 45 (61,6%) больных послеоперационный период протекал без осложнений. Из 28 (38,3%) больных у 12 (16,4%) мы диагностировали интраабдоминальные осложнения с летальным исходом в 9 (12,3%) случаев. Раневые осложнения - в 10 (13,7%) наблюдений. Экстаабдоминальные осложнения – в 6 (8,2%) случаев.

Анализ результатов восстановления непрерывности толстой кишки в контрольной группе показал достаточно высокое число осложнений – 38,3%, из них в 12,3% случаев - наиболее тяжелые формы интраабдоминальных осложнений.

В основной группе всего осложнений диагностировано у 10 (18,5%) больных. У 44 (81,5%) больных послеоперационный период протекал без осложнений. Из 10 (18,5%) больных у 4 (7,4%) мы диагностировали интраабдоминальные осложнения с летальным исходом в 3 (5,5%) случаев. Раневые осложнения отмечены в 4 (7,4%) случаев. Экстаабдоминальные осложнения - в 2 (3,7%) случаев.

Анализ результатов восстановления непрерывности толстой кишки в основной группе показал, что достигнуто определенное уменьшение частоты осложнений - 18,5% (в



контрольной - 38,3%), а также тяжелых интраабдоминальных осложнений - 7,4% (в контрольной - 12,3%).

Сопоставляя случаи интраабдоминальных осложнений с ходом операции по восстановлению непрерывности толстой кишки выявлена взаимосвязь развития осложнений со сложностями мобилизации кишки и сложностями формирования анастомоза (100% совпадения).

Также выявлена взаимосвязь частоты развития послеоперационных осложнений с размерами диастаза между культей и колостомой, а также с длиной постколостомической культи.

Анализ результатов хирургического лечения восстановления непрерывности толстой кишки после операций Гартмана показал, что в настоящее время все виды межкишечных анастомозов и способы их формирования имеют право на существование. Таким образом, тщательный отбор больных с толстокишечными стомами после операции Гартмана к реконструктивно-восстановительным операциям, полноценное обследование с учетом ранее перенесенной операции, точное определение анатомо-топографических соотношений колостомы, постколостомической культи, приводящего участка толстой кишки, окружающих органов и структур, а также их размеры; предварительное планирование на дооперационном этапе хирургической тактики; расширение показаний к инвагинационному способу восстановления непрерывности кишечной трубки, а также учет возможных послеоперационных осложнений позволил улучшить **Результаты** хирургического лечения данного контингента больных.

ВЛИЯНИЕ НА ПОЧКИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Каримджанов И.А., Мадаминова М.Ш.
Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность: Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА)- деструктивно-воспалительное заболевание суставов с неизвестной этиологией, сложным иммуноагрессивным патогенезом, которое характеризуется симметричным хроническим артритом, системным поражением внутренних органов, приводящее к инвалидизации больных детей. Поражение почек при ЮИА занимает особое место среди других системных проявлений этого заболевания и оказывает огромное влияние на прогноз болезни, подходы к ее терапии и исход. По данным различных авторов почечная патология встречается у 20-75% пациентов с данным заболеванием. Структура ревматоидной нефропатии является разнообразной и включает изменения, либо патогенетически связанные с самим заболеванием, либо как экстраартикулярное проявление, либо связанные с медикаментозной терапией.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



В связи с этим проблема повышения эффективности оптимизации коррекции при ЮИА остаётся чрезвычайно актуальной, как с точки зрения научной, так и практической педиатрии.

Цель: оценить клинико-иммунологические особенности течения и поражение мочевыделительного тракта у детей при ювенильном идиопатическом артрите.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели было проведено исследование, в рамках которого было проведено углубленное клинико-иммунологическое и лабораторно-инструментальное обследование детей с ЮИА, на базе кардиоревматологического отделения многопрофильной клиники ТМА.

Результаты: Из 85 больных 46 (54,1%) девочек и 39 (45,9%) мальчиков в возрасте от 3 до 16 лет (средний возраст 10 лет). Первые признаки заболевания приходятся на возраст от 1 до 3 лет (35 %), в меньшей мере у детей 4–6 лет (20 %), 7–10 лет (20 %), старше 10 лет (25 %). Суставная форма ЮИА составила 75 %, системная форма — 25 %. Вовлечение почек в патологический процесс составило 27,8 %, а именно тубулоинтерстициальный нефрит (27,9 %), хронический пиелонефрит (20,9 %), вторичный гломерулонефрит (14 %). В 37,2 % случаев выявлялась дисметаболическая нефропатия. У 3 больных отмечено развитие вторичного амилоидоза. Поражение почек в виде нефритов наблюдалось у 60,5%, микроальбуминурия была выявлена у 13,2%, у 68% повышение концентрации креатинина в крови.

Для установления иммунологического состояния у больных были определены провоспалительные цитокины (IL-6, IL-17A, TNF α). При проведении анализа были выявлены наиболее высокие показатели цитокинов, особенно ИЛ-17 при системном варианте, чем при суставном в 2 раза.

Заключение: Таким образом, проведенный анализ клинических вариантов и течения ювенильного идиопатического артрита свидетельствует об агрессивности и прогрессирующем характере течения заболевания, которая отражает современную возрастную эволюцию болезни, а также о поражении внутренних органов, особенно почек, что диктует необходимость поиска эффективных методов оптимизации лечения и предупреждение токсических действий медикаментов на почки. Увеличение провоспалительных цитокинов (ИЛ-17), в сыворотке крови более, чем в 2 раза может быть использовано для ранней диагностики ЮИА, с профилактической целью осложнений и инвалидизации больных.

“СИНДРОМ ЛОУ У ДЕВОЧКИ 2,5 ЛЕТ”.

Маджидова Н.М., Рахманова Л.К., Ганиева М.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Наследственные заболевания органов мочевой системы часто развиваются исподволь, впервые попадая на приём к детскому нефрологу в стадии



развившихся симптомов почечной недостаточности. Хотя маркером наследственных и врожденных заболеваний различных органов и систем, в том числе почечной, считается наличие стигм дизэмбриогенеза соединительной ткани, или малых аномалий развития, однако не всегда педиатры обращают на это серьёзное внимание.

Материал и методы исследования. В нефрологическое отделение ОДММЦ поступил ребенок 2,5 лет, родители которого жаловались на отёки по всему телу, олигурию, косоглазие, отставание в умственном и физическом развитии. Из анамнеза выяснилось, что ребенок родился от родителей из близкородственного брака. Во время беременности особых жалоб у матери не отмечалось, только незначительный токсикоз и анемия. Роды протекали без осложнений. Объективно: состояние девочки на момент обращения тяжелое за счет симптомов общей интоксикации: вялость, капризность, низкий аппетит. Девочка значительно отстаёт в физическом развитии (не ходит, зубов всего 14), в интеллектуальном развитии (не говорит, на вопросы не отвечает). Кожные покровы бледные, выраженные отёки по всему телу. Костно-мышечная система – X образная деформация ног, тонус мышц конечностей снижен. Стигмы дизэмбриогенеза: короткая шея, низкий лоб, низкий рост волос, оттопыренные и низко расположенные уши, короткая уздечка. Дыхание в лёгких жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, увеличен за счёт асцита, печень + 2 см увеличена, безболезненна. Мочеиспускание редкое, по-малу, моча желтого цвета. Стул регулярный. При осмотре окулиста выявлено косоглазие и ретинопатия. Осмотр невропатолога – органическое поражение ЦНС. На основе обнаружения таких симптомов как церебральный, окулярный и нефротический ребенку выставлен синдром Лоу.

Выводы: Воздействия разных патогенных факторов (эндогенных – родственный брак и экзогенных - токсикозы) на плод на раннем этапе развития до 7-8 недель вызывает пороки развития, а также обнаружение стигм дизэмбриогенеза у ребенка требует проведения нефрологического обследования.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТЕОАРТРОЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

1Мадумарова З.Ш., PhD, 2Ходжибеков М.Х. д.м.н., проф.¹,

1ТМА, кафедра Медицинской радиологии, Ташкент, Узбекистан

2АГМИ, кафедра Медицинской радиологии, клинической лабораторной диагностики, санитар-гигиены и эпидемиологии, Андижан, Узбекистан

Цель исследования заключается в усовершенствовании ультразвуковой диагностики ревматоидного артрита и остеоартроза тазобедренного сустава.

Материалы и методы исследования. Обследовано всего 163 лиц, 103 из которых составили пациенты с остеоартритом тазобедренного сустава, 31 пациентов с



ревматоидным артритом, и 29 лиц контрольной группы. Всем пациентам проводили ультразвуковое, рентгенологическое, лабораторное исследование и как референтный метод МРТ исследование.

Результаты исследования. **Результаты** сонографического исследования показали изменение формы головки бедра при остеоартрозе (ОА) тазобедренного сустава (ТБС) у взрослых: при 1 степени сохранялась сферичность головки (96%), но при 2 ст. отмечалось видоизменение в виде умеренного уплощения (42 % случаев) и значительного уплощения при 3 степени (96%) и резкая деформация с потерей формы при 4 степени. Выпот в полость сустава у пациентов с ОА 1 ст. практически отсутствовал (1 % случаев), при 2 ст. отмечалось у 10 %, а у пациентов 3 ст. визуализировался в 37% случаев, при ревматоидном артрите (РА) выпот присутствовал до 90%.

Основываясь на ROC анализ, показателями проявления РА было незначительное истончение гиалинового хряща $\leq 1,3$ мм (чувствительность – 94,1%, специфичность- 93,5%, AUC-0,964, $P < 0,001$), утолщение фиброзной капсулы $\leq 2,26$ мм (чувств. -83,3%, специф.- 67,7%, AUC-0,766, $P < 0,001$), размеры остеофитов составляли $> 4,4$ мм (чувств. -71,3%, специф.- 93,5%, AUC-0,893, $P < 0,001$). Оценка кровотока латеральной огибающей артерии бедра при РА показало чувствительность пиковой систолической скорости кровотока (ПСС) ≤ 24 (чувств. – 32,1%, специф.- 82,6%, AUC-0,692, $P < 0,001$), и индекса резистентности (ИР) $\leq 0,77$ (чувств. – 52,9%, специф.- 93,5%, AUC-0,764, $P < 0,001$), а конечно-диастолическая скорость (КДС) не была столь чувствительна $> 4,4$ (чувств. – 42,7%, специф.- 90,3%, AUC-0,582, $P = 0,079$).

Учитывая эти данные основными патогномичными ультразвуковыми признаками РА были: синовит с наличием внутрисуставного выпота, утолщение синовиальной и фиброзной оболочки и множественные сигналы синовия при энергетическом доплеровском картировании, а также усиление кровотока в латеральной огибающей артерии головки бедра.

При сопоставлении данных ОА ТБС 2 и 3 степени отмечались достоверные **Результаты** размеров остеофитов со специфичностью 96,8% и чувствительностью 100% (AUC-0,99 \pm 0,002, $P < 0,001$). Истончение толщины гиалинового хряща и утолщение фиброзной капсулы отмечались чувствительностью 74,2% и 54,8%, и специфичностью 93,3% и 100% соответственно (AUC-0,84 \pm 0,05 и AUC-0,6 \pm 0,085, $P < 0,001$ и $P = 0,154$). При ПСС, КДС и ИР показателях скорости кровотока латеральной огибающей артерии головки бедра, отмечается их специфичность 100%, 96,8%, 64,5% и чувствительность 100%, 96,8% и 87,1% (AUC-1,0 \pm 0,0, 0,99 \pm 0,007, 0,8 \pm 0,05, $P < 0,001$), что говорит о высокой достоверности скоростей кровотока.

На основе полученных данных критерием ОА ТБС является наличие остеофитов, деформация головки бедра и истончение гиалинового хряща сустава и снижение кровотока в латеральной огибающей артерии головки бедра.

Мы разработали достоверные пороговые ультразвуковые значения ОА ТБС: при 1 степени гиалиновый хрящ от 1,0 до 1,5 мм, во 2 ст. от 0,8 до 1,0 мм, 3 ст. $< 0,8$ мм; размеры



остеофитов - в 1 ст. $>4,0 \leq 5,1$ мм, во 2 ст. $>5,1 \leq 7,0$ мм, при 3 ст. $>7,0$ мм; ПСС латеральной артерии бедра при 1 ст. $<25,2 >18,4$ см/сек, во 2 ст. $>18,4 \leq 25,2$ см/сек, а при 3 ст. ОА $<18,4$ см/сек; ИР 1ст. $\leq 0,76$, во 2 ст. $>0,75$, при 3 ст. $>0,78$.

Вывод. Таким образом, возможности мультипараметрической сонографии позволяет точно дифференцировать ревматоидный артрит и остеоартроз тазобедренного сустава в ранних стадиях с уточнением степени поражения процесса.

ВЛИЯНИЕ ПЫЛЬЦЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ НА АДСОРБЦИОННЫЕ СВОЙСТВА ТКАНЕЙ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ПАРАНЕКРОЗА

Мадумарова М.М., Тожибаева Н.Л.

Андижанский Государственный медицинский институт

Как известно, наиболее распространённым экзоаллергеном является растительная пыльца, обуславливающая заболевания под общим названием «поллинозы» (сенная бронхиальная астма, сенная лихорадка, риниты, конъюнктивиты, мигрени). Рациональная борьба с поллинозами предполагает изучение пыльцевых аллергенов, определение разновидности пыльцы, содержащейся в воздухе, приготовление экстрактов из пыльцы, их стерилизацию и стандартизацию, выяснение природы аллергенности пыльцы.

Проблема пыльцевой аллергии у людей изучается комплексно (в клиническом, иммунологическом, ботаническом аспектах), что нашло свое отражение в практической медицине (Порошина 10.А.). Одним из ведущих направлений в этой проблеме является выяснение иммунологической характеристики и антигенной структуры пыльцевых аллергенов (Адо А.Д.).

Учитывая широкое распространение в Ферганской долине хлопчатника, мальвы, гибискуса, кохии и кукурузы наряду с исследованиями аллергенных свойств пыльной указанных растений, в задачу данных исследований входило изучение состояния реакции паранекроза (состояния, близкого к смерти, но еще обратимого) при пыльцевой сенсибилизации и анафилактическом шоке.

Для сенсибилизации производили предварительный обор пыльцы с дальнейшим экстрагированием жидкостью Кока. Опыты проведены на 25 морских свинках, для каждого виде пыльцевой сенсибилизации использовано по 5 морских свинок.

Глубина альтерации живой протоплазмы на действие пыльной, то есть способности усиленно связывать как основные, так и кислые красители, определялась по схеме, предложенной Насоновым Д.И., в следующих органах: сердце, легкие, печень, селезенка, желудок, кишечник, мозг, почки и надпочечники.

Результаты проведенных исследований показали, что адсорбционные свойства (способность связывать краситель) у различных клеточно-тканевых структур под



действием пылевой сенсибилизации по различному изменяется. Эти изменения характеризуются усилением окрашиваемости клеток при повреждении и усилением сорбции красителей, выделенных белками при их денатурации. Причем, постепенное увеличение силы раздражения вызывало также постепенное углубление ответных изменений протоплазмы, т.е. степень прижизненного связывания красителя зависела от глубины альтерации клеточно-тканевых структур.

Согласно современным воззрениям, в основе денатурации лежит разворачивание полипептидной цепи, образующей белковую глобулу, в результате чего белковая молекула теряет правильное и характерное для данного нативного белка пространственное расположение частей сложной цепи. При этом денатурация глобулярных белков сопровождается очень сильными изменениями сорбционных способностей этих белков, то есть очень выраженными изменениями распределения групп на поверхности глобулы после её денатурации (Левин С.В.).

Таким образом, различное изменение сорбционных свойств клеточно-тканевых структур зависит от глубины альтерации клеточно-тканевых структур и их функциональных особенностей, а пылевая сенсибилизация вызывает различной степени изменения состояния тканевых структур, что проявляется изменением их адсорбционных свойств (связывать краситель).

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ НА ОРГАНИЗМ

Мадумарова М.М., Тожибаева Н.Л.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Химический способ защиты растений и животных остается пока самым массовым, удобным и дешевым и эффективным. Этим обусловлены значительные объемы производства пестицидов и широкий контакт с ними большого числа людей. В последнее время увеличились синтез и испытание новейших химических средств защиты растений.

Однако пестициды будучи биологически активными веществами могут оказывать губительное действие на полезных насекомых и животных, неблагоприятно влиять на здоровье человека, вызывать развитие интоксикации. Управление по охране окружающей среды (США) утверждают, что остатки пестицидов стоят на третьем месте среди внешних (не врожденных) причин влияния на здоровье после курения и радона.

Широкое применение пестицидов ведет к загрязнению атмосферного воздуха, опыливание, опрыскивание практически всегда ведет к загрязнению огромных воздушных масс. Чем выше температура воздуха, тем выше масштабы загрязнений воздушной массы.

Способность пестицидов к кумуляции высокая, они способны кумулироваться практически во всех органах и системах с преимущественным накоплением в жировой



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ткани. Наличию остаточных количеств пестицидов в продуктах питания и воде, а также загрязнение окружающей среды приводил к накоплению их в организме человека, преимущественно в жировой ткани 97% обследованных, в т.ч. не имевших прямого контакта.

Под влиянием пестицидов в клинике и эксперименте обнаружены резкие расстройства секреторно-моторной функции желудочно-кишечного тракта, нарушение функции поджелудочной железы. Выявлено что в районах интенсивного применения пестицидов заболеваемость хроническими энтероколитами значительно выше, чем в районах, где они используются меньше. При этом происходит изменение состава и свойств микрофлоры кишечника.

При исследовании печеночной ткани у умерших лиц молодого возраста, не имевших профессионального контакта с пестицидами, выявлены наряду с гемодинамическими расстройствами альтеративно дистрофические и пролиферативно-репаративные процессы, зависящие от количества обнаруженных пестицидов. В печени лиц пожилого возраста, проживающих в сельской местности больше содержалось пестицидов, чем у горожан и были выражены пролиферативные изменения в сочетании с лимфоидно-клеточной инфильтрацией стромы органа.

Многие пестициды обладают кардиотоксическим действием, вызывая нарушение возбудимости, проводимости, ритма сокращения миокарде. Следует отметить, что воздействие пестицидов на показатели нервно-психического здоровья практически не исследованы. Хотя численность школьников с отклонениями в этой сфере за последние 10 лет возросло в 2 раза. Со стороны ЦНС при воздействии пестицидов чаще всего развиваются астеновегетативный, гипоталамический синдром, вегетососудистая дистония, мигрень.

Генетический мониторинг подтверждает возможность мутагенного воздействия ряда пестицидов.

Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что многие пестициды, проникшие в организм, комплексируются с белками, изменяют их иммунологическую специфичность, превращая в аутоантигены. Следует отметить, что более интенсивная аутоиммунизация организма происходит при попадании в организм ХОС.

Таким образом, пестициды обнаруживаются во всех органах с наибольшей кумуляцией в жировой ткани и печени. Отмечается коррелятивная зависимость между интенсивностью применения пестицидов, содержанием их в организме и заболеваемостью населения.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ У РАБОЧИХ ХЛОПЧАТОБУМАЖНОГО КОМБИНАТА

Мадумарова М.М., Тожибаева Н.Л

Андижанский Государственный медицинский институт.

Проблема профессиональной аллергии изучается в различных направлениях, во многие вопросы остаются малоизученными.

Для изучения распространенности профессиональной аллергии проведен анкетный спрос 869 лиц, что составляло 25% от общего числа рабочих. Аллергические заболевания выявили у 253 (29,1%): мужчин - 109 (43,1%), женщин - 144 (56,9%). Большинство мужчин (62,4%) и женщин (50,1%) имели возраст 30-39 лет. В формировании и развитии болезни существенное значение имел стаж работы. Подавляющее большинство рабочих заболело аллергией через 4-10 лет постоянной работы на данном предприятии.

Клинические формы проявления аллергии у рабочих хлопчатобумажного комбината были различными, при прочих равных условиях удельный вес аллергических риноконъюнктивитов (34,8%) преобладал. Относительно часто встречались также аллергические рецидивирующие обструктивные бронхиты, преастма (21,4%), атопическая бронхиальная астма (15,8%) и экзогенный аллергический альвеолит (11,9%). В целом удельный вес респираторных аллергозов существенно преобладал (86,6%). Наряду с этим встречались и такие болезни как аллергический дерматит - 7,9% инсектная аллергия - 5,5%. Частота отдельных клинических форм заболеваний на 1000 рабочих составила: аллергический риноконъюнктивит - 25,3%, преастма - 17,5%, атопическая бронхиальная астма - 11,5%, экзогенный аллергический альвеолит-8,6%, аллергический дерматит - 5,7%, инсектная аллергия - 4%. В целом, частота всех аллергических заболеваний составила 72,7%.

Все больные свое заболевание связывают с постоянной работой на данном предприятии и своей профессией. У большинства больных первые симптомы основного заболевания возникли в цехе. Вне работы (во время выходных, отпуск, командировок) чувствовали себя лучше. У большинства больных наблюдался синдром «понедельника», т.е. приступы болезни обострялись при вхождении в цеха после выходных. Клиника аллергических заболеваний была типичной для атопических аллергических болезней.

Анализ результатов исследований показал, что среди рабочих хлопчатобумажного комбината встречаются атопические аллергические заболевания, причем частота отдельных клинических форм зависит от возраста больных, пола, стажа, индивидуальной реактивности. В целом частота аллергических заболеваний на 1000 рабочих достигает 72,7.



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Алибеков Ш.О., Каландаров Д.М.
Андижанский Государственный медицинский институт

Убедительными научными фактами доказано, что заболеваемость ВИЧ-инфекцией продолжает расти во всех странах, а отсутствие научных профилактических подходов и эффективных способов лечения не позволяет ожидать снижения или стабилизации этого заболевания в ближайшем будущем.

Цель исследования: распространенность нарушений липидного обмена среди ВИЧ-инфицированной популяции в различные возрастные периоды

Материалы и методы: Репрезентативная выборка для эпидемиологического исследования сформировалась с помощью специально разработанной компьютерной программы для популяционно-клинического анализа. В выборку включались все ВИЧ-инфицированные лица, находящиеся на учете в Андижанском центре борьбы со СПИДом и отвечающие критериям отбора, до получения необходимого размера выборки.

Результаты и Выводы: Из данных видно, что с возрастом нарушение липидного обмена существенно резкой форме возрастает от 49,7% (в возрасте 20-29 лет) до 90,0% (после 50 лет), то есть на 40,3% или в 1,8 раза ($P < 0,05$). В других возрастных группах также прослеживается практически аналогичные тенденции: в группе ВИЧ-инфицированных пациентов 30-39 лет нарушение липидного обмена наблюдается с частотой 68,9%, а в 40-49 лет – 80%, то есть с увеличением на 11,1% или в 1,2 раза ($P < 0,05$). Повышенные уровни общего холестерина (ОХС) в связи с возрастом разнятся на 19,2% или определяется с увеличением в 1,9 раз ($P < 0,05$). Частота повышенных уровней ОХС в различных возрастных группах ВИЧ-инфицированных пациентов составили: в 20-29 лет – 20,8%, в 30-39 лет – 31,2% ($P < 0,05$), в 40-49 лет – 33,8% ($P < 0,05$) и в > 50-69 лет – 40,0% ($P < 0,05$). гипертриглицеридемия (ГТГ) также наблюдалась с разной частотой в различные возрастные периоды ВИЧ-инфицированной популяции. Так, среди 20-29 летних пациентов выявлялась с частотой 18,3%, в 30-39 лет – 30,2% ($P < 0,05$), в 40-49 лет – 30,7% ($P < 0,05$) и в > 50-69 лет – 30,0% ($P < 0,05$). С возрастом обследованных частота выявляемости нарушений липидного обмена в виде ГТГ у ВИЧ-инфицированного населения увеличивается в 1,6 раза или 11,7% ($P < 0,05$). Распространенность данного липидного фактора в различные возрастные периоды разнятся и выявляется следующей частотой: в 20-29 лет – 10,7%, в 30-39 лет – 6,8% ($P > 0,05$), в 40-49 лет – 15,3% ($P < 0,05$) и в > 50-69 лет – 20,0% ($P < 0,05$).

Выводы. Таким образом, выявленные данные свидетельствуют о высокой распространенности нарушений липидного обмена у ВИЧ-инфицированного населения как среди мужчин, так и среди женщин. Достоверно часто повышенные уровни атерогенных липидов встречались после 50 лет, что подтверждает связь



распространенности нарушений липидного обмена с возрастными факторами на фоне ВИЧ-инфекции.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Ахмадалиева У.К.,
Каландаров Д.М.

Андижанский Государственный медицинский институт

Одним из методов, применяемых в популяционных исследованиях для оценки значимости тех или иных факторов риска в формировании эпидемиологических условий является изучение характеристики и оценка распространенности факторов риска (ФР) НИЗ в определенной группе населения. Поэтому, для оценки распространенности изучаемых ФР был проведен анализ частоты выявляемости факторов риска развития хронических гастродуоденальных заболеваний (ХГДЗ) у ВИЧ-инфицированной популяции.

Цель исследования: изучение клинические особенности течения гастродуоденальных заболеваний на фоне ВИЧ-инфекции в зависимости от возраста

Материалы и методы: Для исследования было выбрано ВИЧ-инфицированная популяция г.Андижана, которое, по данным областного комитета по статистике и по специальным расчетам, было представительным по отношению ко всему населению города. Работа выполнена в соответствии с научной программой «Разработка и внедрение в практику новых технологий ранней диагностики, профилактики и лечения внутренних болезней на фоне ВИЧ-инфекции», утвержденной МЗ РУз (2008)

Результаты и Выводы: Отмечено, что болевой синдром у больных ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией в зависимости от возраста выявляется с увеличением от 39,1% (в группе лиц 20-29 лет) до 85,0% (в группе 40-49 лет), то есть на 45,9% или в 2,2 раза ($P < 0,01$). В группе обследованных больных с ХГДЗ 60-69 лет болевой синдром и другие симптомы не отмечены (0,0%). В возрастных группах 20-29 лет, 30-39 и 50-59 лет болевой синдром выявлялся с частотой – 39,1%, 71,4% и 80,0% - соответственно.

Диспепсические симптомы у обследованных пациентов в связи с возрастом наблюдались с разницей на 56,7% или в 2,3 раз ($P < 0,01$). Сравнительно высокая выявляемость ДС отмечены среди лиц 50-59 лет (100,0%), 20-29 лет (60,9%) и 30-39 лет (65,0%); более чем в 2 раза меньшей частотой установлены в возрастной группе 40-49 лет.

Симптомы поражения тонкой кишки у больных ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией встречались в возрасте 20-29 лет – 36,7%, в 30-39 лет – 44,3% ($P < 0,05$) и в 40-49 лет – 18,3%. В группе лиц 50-59 и 60-69 лет эти симптомы не наблюдались.



Обращает внимание наличие у больных наряду с классическими симптомами ХГДЗ и явлений поражения толстого кишечника: среди лиц до 30 летнего возраста – у 21,8%, 30-39 лет – у 21,4%, 40-49 лет – 11,7% и в 50-59 лет – у каждого пятого пациента (20,0%).

Симптомы ВИЧ-инфекции с саркомой Капоши имели более выраженный характер лишь в возрастной группе 20-29 лет обследованных (1,1%), а в других возрастных группах больных данная патология не обнаружена (0,0%).

В клиническом течении ХГДЗ явление себорейного дерматита в сочетании с классическими симптомами хронических гастроудоденальных патологий (КСХГДЗ) в разных возрастных группах выявлены следующим образом: в 20-29 лет – 26,4%, в 30-39 лет – 14,3%, в 40-49 лет – 6,7%, в 50-59 лет – 60,0% ($P < 0,01$) и в 60-69 лет не отмечено (0,0%).

У больных ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции отмечались увеличение случаев выявляемого кандидозного стоматита с возрастом от 8,1% (в 20-29 лет) до 10,6% (в 30-39 лет, $P > 0,05$) и 12,3% (40-49 лет, $P < 0,05$). В двух возрастных группах больных (50-59 и 60-69 лет) такое клиническое течение не наблюдалось (0,0%).

В зависимости от возраста пациентов ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией, встречаемость сочетаний гастроудоденальных заболеваний с клиническими симптомами туберкулеза возрастает до 40,0% или в 2 раза ($P < 0,001$). Такое течение ХГДЗ у ВИЧ-позитивных больных выявлено в возрасте 20-29 лет – у 32,4% пациентов, в 30-39 лет – у 22,1%, в 40-49 лет – у 20,0%, в 50-59 лет – у 40,0%, а в 60-69 лет – не отмечено (0,0%).

Таким образом, отмечено, что при ХГДЗ у ВИЧ-позитивных пациентов наиболее часто в патологический процесс вовлекаются тонкая кишка (в 57,8% случаев), толстый кишечник (18,9%), кожные покровы (32,9%) и органы дыхания с туберкулезом (18,6%).

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ

**Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Ахмадалиева У.К.,
Андижанский Государственный медицинский институт**

Просмотренные нами данные литературы свидетельствует, что до сих пор комплексные клинико-эпидемиологические исследования, позволяющие выяснить эпидемиологических закономерностей ХГДЗ и их факторов риска у ВИЧ-инфицированной популяции не проводились.

Цель исследования: изучить возрастные особенности нарушений питания у вич инфицированного населения.

Материалы и методы: Использована репрезентативная выборка вич населения для эпидемиологического исследования. Характер питания, расчет потребления фруктов и овощей, пищевые привычки у ВИЧ населения 20-69 лет по рекомендациям ГИЦПМ РФ.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Результаты и

Выводы:

Из представленных данных видно, что частота нерегулярного питания возрастает с возрастом ВИЧи популяции до 47,7% или более чем в 2,5 раз ($P < 0,01$). Данный фактор не определялся у лиц в возрастных группах 50-59 и 60-69 лет (0,0%). Существенно реже выявлялось в группе обследованных 20-29 лет (19,3%); в уровнях 40,9% и 47,7% - в группе лиц 30-39 и 40-49 лет ($P < 0,05$).

«Еда всухомятку» выявляется высокой частотой в возрасте 40-49 лет (73,8%), 30-39 лет (55,7%) и 20-29 лет (44,7%). В три раза меньше данная пищевая привычка отмечалась среди лиц 50-59 летнего возраста ($P < 0,01$), а в возрастной группе 60-69 лет – не наблюдалась (0,0%).

Частота выявляемости переедания в различных возрастных группах ВИЧи популяции составила: в 20-29 лет – 50,7%, 30-39 лет – 45,1%, 40-49 лет – 60,0%, 50-59 лет – 62,5% ($P < 0,05$) и 60-69 лет (25,0%).

Нарушение ритма питания в виде пищевой привычки «прием пищи на ночь» среди 50-59 и 60-69 летних наблюдалось у каждого второго обследованной популяции (по 50,0%), среди лиц до 30 лет выявлена – у 45,2% популяции, в 30-39 лет – у 45,1% и в 40-49 лет – у 46,2%.

Злоупотребление острой пищи имело место в группе ВИЧи популяции 20-29 лет – у 92,9%, 30-39 лет – у 96,2%, 40-49 лет – у 93,8%, 50-59 лет – 87,5% и 60-69 лет – у 100,0% ($P > 0,05$).

Такой же высокой частотой практически во всех возрастных группах наблюдается «злоупотребление жирной пищи»: в 20-29 лет – 92,9%, 30-39 лет – 96,2% ($P > 0,05$), 40-49 лет – 93,8% ($P < 0,05$), 50-59 лет – 87,5% ($P > 0,05$) и в 60-69 лет – 100,0% ($P > 0,05$).

Заметно высокая частота «злоупотребление крепкого чая и кофе»: в группе 20-29 летних – 95,9%, 30-39 лет – 96,6%, 40-49 лет – 98,5%, 50-59 лет – 100,0% и 60-69 лет – также 100,0% ($P > 0,05$).

«Злоупотребление ненаркотических лекарственных средств» выявлялось с возрастанием в зависимости от возраста обследованных от 17,8% (в 20-29 лет) до 50,0% (в 60-69 лет), на 32,2% или в 2,8 раза ($P < 0,01$). В других возрастных группах отмечаются с частотой – 29,4% (в 30-39 лет, $P < 0,05$), 38,5% (в 40-49 лет, $P < 0,01$) и 25,0% (в 50-59 лет, $P > 0,05$).

Отмечено, что сравнительно высокие показатели НПОИФ отмечаются у обследованных в возрасте 20-29 лет (72,7%), 30-39 лет (77,0%) и 40-49 лет (55,4%). У каждого второго лиц пожилого возраста (50,0%) имеет место НПОИФ и существенно реже (37,5%, $P < 0,05$) НПОИФ встречается в группе лиц 50-59 лет.

Безусловно, первичная, вторичная и третичная профилактика ХГДЗ у ВИЧи популяции должны быть направлены к раннему выявлению и коррекцию / снижению доли отмеченных факторов в рационе.

]



ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ

Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Ахмадалиева У.К.,
Валиева М.Ю.

Андижанский Государственный медицинский институт

Просмотренные нами данные литературы свидетельствует, что до сих пор комплексные клинико-эпидемиологические исследования, позволяющие выявить эпидемиологических закономерностей ХГДЗ и их факторов риска у ВИЧ-инфицированной популяции не проводились.

Цель исследования: изучить возрастные особенности нарушений питания у вич инфицированного населения.

Материалы и методы: Использована репрезентативная выборка вич населения для эпидемиологического исследования. Характер питания, расчет потребления фруктов и овощей, пищевые привычки у ВИЧ населения 20-69 лет по рекомендациям ГИЦПМ РФ.

Результаты и Выводы: Из представленных данных видно, что частота нерегулярного питания возрастает с возрастом ВИЧ популяции до 47,7% или более чем в 2,5 раз ($P < 0,01$). Данный фактор не определялся у лиц в возрастных группах 50-59 и 60-69 лет (0,0%). Существенно реже выявлялось в группе обследованных 20-29 лет (19,3%); в уровнях 40,9% и 47,7% - в группе лиц 30-39 и 40-49 лет ($P < 0,05$).

«Еда всухомятку» выявляется высокой частотой в возрасте 40-49 лет (73,8%), 30-39 лет (55,7%) и 20-29 лет (44,7%). В три раза меньше данная пищевая привычка отмечалась среди лиц 50-59 летнего возраста ($P < 0,01$), а в возрастной группе 60-69 лет – не наблюдалась (0,0%).

Частота выявляемости переедания в различных возрастных группах ВИЧ популяции составила: в 20-29 лет – 50,7%, 30-39 лет – 45,1%, 40-49 лет – 60,0%, 50-59 лет – 62,5% ($P < 0,05$) и 60-69 лет (25,0%).

Нарушение ритма питания в виде пищевой привычки «прием пищи на ночь» среди 50-59 и 60-69 летних наблюдалось у каждого второго обследованной популяции (по 50,0%), среди лиц до 30 лет выявлена – у 45,2% популяции, в 30-39 лет – у 45,1% и в 40-49 лет – у 46,2%.

Злоупотребление острой пищи имело место в группе ВИЧ популяции 20-29 лет – у 92,9%, 30-39 лет – у 96,2%, 40-49 лет – у 93,8%, 50-59 лет – 87,5% и 60-69 лет – у 100,0% ($P > 0,05$).

Такой же высокой частотой практически во всех возрастных группах наблюдается «злоупотребление жирной пищи»: в 20-29 лет – 92,9%, 30-39 лет – 96,2% ($P > 0,05$), 40-49 лет – 93,8% ($P < 0,05$), 50-59 лет – 87,5% ($P > 0,05$) и в 60-69 лет – 100,0% ($P > 0,05$).

Заметно высокая частота «злоупотребление крепкого чая и кофе»: в группе 20-29 летних – 95,9%, 30-39 лет – 96,6%, 40-49 лет – 98,5%, 50-59 лет – 100,0% и 60-69 лет – также 100,0% ($P>0,05$).

«Злоупотребление ненаркотических лекарственных средств» выявлялось с возрастанием в зависимости от возраста обследованных от 17,8% (в 20-29 лет) до 50,0% (в 60-69 лет), на 32,2% или в 2,8 раза ($P<0,01$). В других возрастных группах отмечаются с частотой – 29,4% (в 30-39 лет, $P<0,05$), 38,5% (в 40-49 лет, $P<0,01$) и 25,0% (в 50-59 лет, $P>0,05$).

Отмечено, что сравнительно высокие показатели НПОИФ отмечаются у обследованных в возрасте 20-29 лет (72,7%), 30-39 лет (77,0%) и 40-49 лет (55,4%). У каждого второго лиц пожилого возраста (50,0%) имеет место НПОИФ и существенно реже (37,5%, $P<0,05$) НПОИФ встречается в группе лиц 50-59 лет.

Безусловно, первичная, вторичная и третичная профилактика ХГДЗ у ВИЧ населения должны быть направлены к раннему выявлению и коррекцию / снижению доли отмеченных факторов в рационе.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Ахмадалиева У.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Немногочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют, что большой интерес представляет популяционный анализ распространенности социально-экономических факторов риска среди ВИЧ позитивного населения.

Эффективность таких подходов среди ВИЧ негативных подтверждена ВИЧ инфицированной популяции не доказана.

Цель исследования: определение возрастных особенностей выявляемости социально-экономических факторов риска среди ВИЧ инфицированной популяции.

Материалы и методы: Осуществлялось эпидемиологическое исследование в региональном центре по борьбе со СПИДом. Сформирована репрезентативная группа ВИЧ позитивного населения и каждый пациент обследовался по специально разработанной анкете ВОЗ (1990). Социально - экономические факторы риска выявлялись и оценивались с использованием эпидемиологических, клинических, инструментальных и специальных методов (ВНОК; 2008; WHO, 1997). Обращали внимание на длительность «желудочнокишечного или терапевтического» анамнеза, длительность неинфекционных заболеваний, наличие наследственной отягощенности и факторов риска.

Для диагностики ВИЧ инфекции/СПИД в условиях регионального центра по борьбе со СПИДом использованы специфические (ИФА, иммуноблот и мете; полимеразной цепной



реакции) и неспецифические (определение количеств* СД - 4 лимфоцитов, Т-хелперов) методы.

Результаты и Выводы: При изучении и анализе распространенному социально-экономических факторов риска у ВИЧ инфицированной популяции зависимости от возраста выявлено, что распространенность всех изученных факторов риска статистически значимо различаются у ВИЧ- популяции зависимости от возраста.

Среди популяции 20-69 лет частота распространенности низкого образовательного статуса составила 57,0 %. В других возрастных группах определяется с увеличением выявляемости на 12,6 % или 1,3 раз ($p < 0,05$), в 20-29 лет отмечено с частотой 52,8 %, в 30-39 лет 62,6 % ($p < 0,05$), в 40-49 лет - 50,8 %, в 50-59 лет - 50,0 % и в 60-69 лет - также 50,0%. Распространность неблагоприятного социального статуса в различных возрастных группах выявлено следующим образом: в 20-29 лет 89,3 %, 30-39 лет -89,7%, 40-49 лет 78,5%, 50-59 лет 100,0 % ($p < 0,05$), 60-69 лет ($p < 0,05$) и в 20-69 лет 88,6.

Стрессовые факторы сравнительно высокой частотой наблюдаются в 40-49 лет-53,8 % ($p < 0,01$ и 60-69 лет - 50,0 % ($p < 0,01$). Частота стрессовых факторов в факторов в возрасте 20-29 лет составила 24,9 %, 30-39 лет - 35,3%, 50-59лет-25,0%.

При анализе распространенности неблагоприятного семейного фактора у популяции выяснилось, что частота данного фактора с возрастом увеличивается от 29,2 % (в 40-49 лет) до 50,0% (в 60-69 лет), то есть на 20,8% или 1,7 раз ($P < 0,05$).

В возрастной группе 20-29 лет неблагоприятный семейный фактор наблюдалось с частотой - 46,7 %, в 30-39 лет - 40,8 % и в :г59 лет- 37,5%. Среди обследованных распространенность плохих жилищно- бқтыовых условий также было высока и в различных возрастных группах - ставила: в 20-29 лет -39,6 % , в 30-39 лет - 64,3% ($p < 0,05$), 40- 49 лет - 56,9 $< 0,05$), 50-59 лет - 62,5 % , 60-69 лет - 0,0 % и в 20-69 лет - 53,6 %. Можно будет заключить, что выявленные популяционные данные способствуют формированию «при **Цельных**» профилактических действий в отношении медико-экономических факторов риска неинфекционных патологий у ВИЧ позитивного населения.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ

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

В настоящее время доказано, что выявление новых факторов риска и их устранение наиболее важный и результативный «инструмент в борьбе с ХГДЗ. Изучалась возрастные особенности распространенности эпидемиологических основных факторов риска ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель исследования: оценить возрастные особенности распространенности основных факторов риска ХГДЗ у ВИЧ-инфицированного населения.

Материалы и методы: среди репрезентативной ВИЧ инфицированной популяции проведено эпидемиологическое исследование и изучено возрастные особенности распространенности основных факторов риска гастродуоденальных заболеваний у вич-инфицированного населения.

Результаты и Выводы: Оказалось, что распространенность КПАФ в зависимости от возраста обследованных отмечается с разницей более чем в 3,8 раза или на 69,8% ($P < 0,001$). Высокие показатели частоты распространенности КПАФ наблюдается в возрастных группах 20-29 лет (92,3%), 30-39 лет (94,8%) и 60-69 лет (50,0%). Существенно низкие уровни распространенности данного фактора отмечены в группе лиц 50-59 лет (25,0%) и 60-69 лет (50,0%).

Распространенность ГХС и ГТГ в зависимости от возраста ВИЧ популяции выявлены следующим образом соответственно: в 20-29 лет – по 25,8% и 23,9% ($P > 0,05$), в 30-39 лет – по 35,3% и 33,6% ($P > 0,05$), в 40-49 лет – по 44,6% и 35,4% ($P < 0,05$), в 50-59 лет – по 50,0 и 37,5% ($P < 0,05$), в 60-69 лет – по 50,0 и 50,0% ($P > 0,05$) и в 20-69 лет – по 33,1% и 30,2% ($P > 0,05$).

В обследованной нами ВИЧ популяции сравнительно высокой распространенностью характеризовались МТОЗы. В частности, ГКК в группе лиц 20-29 лет отмечалась с частотой 63,4%, в 30-39 лет – 77,9% ($P > 0,05$), в 40-49 лет – 80,0% ($P < 0,05$), в 50-59 лет – 75,0% ($P > 0,05$), в 60-69 лет – не отмечена (0,0%) и в 20-69 лет – 72,2%.

Другая форма МТОЗов ГКЦ самой большой частотой выявлена в возрастной группе 50-59 лет (в 2,5%, $P < 0,01$) и не отмечена у пожилых пациентов 60-69 лет (0,0%). Обращает на себя внимание более низкая выявляемость ГКЦ среди ВИЧ популяции в возрасте 20-29 лет – 26,5%, 30-39 лет – 28,9% и 40-49 лет – 32,3%.

В различных возрастных группах ВИЧ-позитивного населения ГНМ отмечалась следующим образом: в 20-29 лет – у 86,8%, в 30-39 лет – у 91,1%, в 40-49 лет – у 92,3%, в 50-59 лет – у 87,5%, в 60-69 лет – 0,0% и в 20-69 лет – у 89,2%.

В целом, эти **Результаты** нашего исследования могут стать основой для разработки единых методологических подходов к улучшению здоровья ВИЧ-инфицированных в отношении ХГДЗ и континуума от них с учетом нами отмеченных эпидемиологических / специфических характеристик распространенности факторов риска ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции. В формировании эпидемиологических условий в отношении ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции особенно заметен вклад социально-экономических факторов – 54,9%, некоторых биохимических и кислотно-пептических факторов – 45,1%, факторов питания – 62,1% и социальных факторов – 37,9%. Эти факторы резко отличаются по характеру и вкладу от таковых в ВИЧ-негативных населениях.



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ 20-69 лет (РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Махсумова Д.К.
Андижанский Государственный медицинский институт

Несмотря на то, что в течение последнего десятилетия популяционные исследования хронических гастродуоденальных заболеваний (ХГДЗ) стали занимать одно из первых лидирующих мест среди прикладных и фундаментальных работ продолжает увеличиваться чувствительный разрыв между возможностями современной превентивной науки и ограниченными средствами борьбы клинической гастроэнтерологии.

Это, по утверждению исследователей, в значительной степени отражается в высоких уровнях распространенности ХГДЗ среди различных групп населения и континуума от них.

Цель исследования: изучение распространенности хронических гастродуоденальных заболеваний среди ВИЧ инфицированного населения (ВИЧ ХГДЗ) по данным анкетирования.

Материалы и методы: Для одномоментного эпидемиологического исследования было выбрано ВИЧ инфицированная популяция, которое было представительным по отношению ко всему населению региона. Применялись опросные, инструментальные биохимические методы (WHO, 1990).

ВИЧ инфекция диагностировалась соответственно классификации (2006) с привлечением специалистов из региональных центров по борьбе со СПИДом.

Результаты и Выводы: Изучение распространенности рассматриваемых ХГДЗ проводилось среди ВИЧ популяции, прошедших комплексный первичный скрининг. Оказалось, что ХГДЗ среди ВИЧ популяции наблюдаются с частотой 59,6%. С помощью анкетирования хронические гастриты выявлены у 6% обследованных, хронические дуодениты - у 9,8%, хронические гастродуодениты в целом - у 16,1%, язвенная болезнь желудка - у 19,5%, язвенная болезнь 12-ти перстной кишки - у 24,3%, и язвенная болезнь в целом - у 43,8%.

Согласно данным других исследователей распространенность язвенной болезни среди ВИЧ негативного населения, по данным анкетирования, отмечаются в уровнях 1,0% (у наркоманов) и не более 9,3% (у юношей). В изучаемой популяции, как следует из полученных нами данных распространенность ХГДЗ существенно выше (более чем 43 раз - по отношению с наркоманами и в 4,7 раз - по сравнению с показателями язвенной болезни у юношей, ($p < 0,001$), чем в целом среди ВИЧ негативного населения. Следовательно, такое существенно значимое возрастание распространенности ХГДЗ не



может не тревожить, поскольку увеличение распространенности этих заболеваний тесно связаны с континуумом ВИЧ населения.

Особенно заметен в уровне заболеваемости вклад язвенной болезни: удельный вес язвенной болезни по сравнению с ХГДЗ больше в 2,7 раз ($p < 0,001$) и достиг 43,8%. В структуре хронических гастродуоденитов вклад хронических дуоденитов по сравнению с хроническими гастритами существенно выше - на 3,6% или в 1,6 раза ($p < 0,05$). Выявляется также увеличение доли язвенной болезни 12-ти перстной кишки по сравнению с язвенной болезнью желудка в структуре язвенной болезни - до 4,8 % или в 1,3 раза ($p < 0,05$).

ВКЛАД ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Алибеков Ш.О., Махсумова Д.К., Кодиров Д.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Изучение специальной литературы позволяет утверждать, что в настоящее время одной из особых категорий населения являются популяция вирус инфицированных (ВИЧ) инфицированных или больные с СПИДом, вызванный вирусом иммунодефицита человека – ВИЧ. Прогнозируется, что в ближайшие десятилетия они будут «главными» объектами всех видов исследований и в том числе, эпидемиологических.

Цель исследования: Поэтому, с **Целью** разработки более совершенной модели формирования неблагоприятных эпидемиологических условий в отношении терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированной популяции нами также были изучены и оценены, наряду с поведенческими факторами риска (ФР), такие факторы, как характеристики семейного статуса, жилищно-бытовых условий, социального и образовательного статуса на фоне ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: Исследование проводилось в Андижанском центре борьбы со СПИДом. Привлечение к эпидобследованию осуществлялось путем личного контакта в виде посещения на дому. Популяция ВИЧ-инфицированных, отказавшиеся от обследования, замене не подлежали. Комплексное эпидемиологическое обследование проводилось с использованием стандартизованных и унифицированных, опросных, инструментальных и биохимических методов.

Результаты и Выводы: нижепредставлены **Результаты** нашего анализа по изучению вклада поведенческих социальных факторов риска в развитии артериальной гипертензии у ВИЧ-инфицированной популяции. Как видно из данных, на развитие АГ у ВИЧ-инфицированных в 30,7% случаях влияют социально-экономические факторы. Из социально-экономических ФР наибольший вклад имели следующее: плохой жилищно-бытовой статус (ПЖБС) – 28,3%, неблагоприятный семейный статус (НБСС) –



32,7%, неблагополучный социальный статус (НБСЦС) – 20,2%, низкий образовательный статус (НОС) – 20,1% и хронические стрессы (ХС) – 52,4%. Наибольшая распространенность АГ имеет место в связи с ХС и НБСЦС ($P_1 < 0,0001$; $P_2 < 0,01$). При изучении сравнительной оценки распространенности табакокурения (ТК) в популяции ВИЧ-инфицированных с различными неблагополучными социальными статусами отмечено, что при наличии неблагополучного эпидемиологического статуса частота выявляемости ТК увеличивается в среднем в два раза ($P < 0,01$). Наибольшей частотой ТК выявляется в связи с хроническими стрессами, неблагополучным семейным статусом и плохими жилищно-бытовыми условиями. В целом, вклад социально-экономических факторов в развитии ТК составляет в среднем 40,3%.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

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

Изучение специальной литературы позволяет утверждать, что в настоящее время одной из особых категорий населения являются популяция вирус инфицированных (ВИЧ) инфицированных или больные с СПИДом, вызванный вирусом иммунодефицита человека – ВИЧ [WHO, 2005]. Прогнозируется, что в ближайшие десятилетия они будут «главными» объектами всех видов исследований и в том числе, эпидемиологических.

Цель исследования: изучение распространенности хронических гастродуоденальных заболеваний (ХГДЗ) у ВИЧ инфицированного населения в зависимости от возраста.

Материалы и методы: Использован комплексный метод популяционного отбора, сочетающую случайную и сплошную выборку, сформирована репрезентативная группа из 507 ВИЧ-инфицированных лиц в возрасте 20-69 лет.

Результаты и Выводы: Как видно из приведенных данных, распространенность ХГДЗ среди ВИЧ популяции увеличиваются в зависимости от возраста на 48,1% или в 2 раза ($P < 0,01$). В различных возрастных группах отмечаются следующим образом: в 20-29 лет – 44,2%, в 30-39 лет – 59,6% ($P < 0,05$), в 40-49 лет – 92,3% ($P < 0,01$), в 50-59 лет – 62,5% ($P < 0,05$), в 60-69 лет – 0,0% и в 20-69 лет – 59,6%. Распространенность язвенной болезни (ЯБ) и хронического гастродуоденита (ХГД) также отмечены с возрастанием в зависимости от возраста: в 20-29 лет – по 35,5% и 8,6% соответственно ($P < 0,001$), в 30-39 лет – по 46,4% и 13,2% ($P < 0,001$), в 40-49 лет – по 60,0 и 46,4% ($P < 0,05$), в 50-59 лет – по 62,5% и 37,5% ($P < 0,05$), в 60-69 лет – по 0,0 и 0,0% и в 20-69 лет – по 43,8% и 16,1% ($P < 0,01$). Так, распространенность язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и язвенной болезни 12-перстной кишки (ЯБДПК) в различных возрастных группах



соответственно составили: в возрасте 20-29 лет – по 15,2% и 20,3% ($P < 0,05$), в 30-39 лет – по 21,7% и 24,7% ($P > 0,05$), в 40-49 лет – по 27,7% и 32,3% ($P > 0,05$), в 50-59 лет – по 0,0 и 25,0% ($P < 0,001$), в 60-69 лет – не отмечены (0,0%) и в 20-69 лет – по 19,5% и 24,3% ($P < 0,05$).

Выводы. Следовательно, в популяции ВИЧ-инфицированных **Результаты** эпидемиологических исследований имеют важное научно-практическое значение; во-первых, для раннего выявления ХГДЗ и во-вторых, в ориентации лечебно-профилактических программ гастродуоденальных патологий у ВИЧ-позитивного населения.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КАК ФАКТОР РИСКА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Максумова Д.К., Салохиддинов З.С., Валиева М.Ю., Алибеков Ш.О., Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт

В последние годы в структуру факторов риска ХГДЗ включены такой фактор как низкая физическая активность. В связи с этим нами был изучен этот вопрос и уточнены эпидемиологические аспекты возникновения отмеченного фактора у ВИЧ-инфицированной популяции.

Цель. Характеристика физической активности как фактор риска у вич-инфицированной популяции с хроническими гастродуоденальными заболеваниями

Материалы и методы: Прошли обследование 507 человек (100,0%), 244 (48,1%) мужчин и 263 (51,9%) женщин. Обследование каждого пациента включало заполнение специально разработанной анкеты на основе вопросника ВОЗ. Опросник учитывает особенности и характер питания обследуемого, наличия в анамнезе ХГДЗ, состояние жевательного аппарата, аппетит, наличие болей (локализация, время появления, связь с питанием, периодичность, сезонность), дисфагии, диспепсических явлений, потеря массы тела, признаков внутреннего кровотечения и данных предыдущих обследований.

Результаты: распространенность НФА среди общей популяции составила 88,5%, у женщин – 85,6% и у мужчин – 91,8% ($P > 0,05$). По результатам нашего анализа, в различных возрастных диапазонах низкая физическая активность у обследованных в различных возрастных группах выгляделся следующим образом: в группе 20- 29 лет – 89,3%, 30-39 лет – 89,4%, 40-49 лет – 78,5%, 50-59 лет – 100,0% ($P < 0,05$) и 60-69 лет – 100,0% ($P < 0,05$).

Выводы: Низкая физическая активность как фактор риска среди обследованного ВИЧ-позитивного населения отмечалось в 88,5% случаев. Высокая частота распространенности НФА выявлена среди лиц в возрастном диапазоне 50-59 лет – 100,0% ($P < 0,05$) и 60-69 лет – 100,0% ($P < 0,01$).



ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ДИАГНОСТИРОВАННЫЕ КАК ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПУБЕРТАТНЫЙ КРИЗ

Маликова А.Э., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Подростковый возраст расценивается как критический период, когда в силу биологической и психологической перестройки существенно повышается риск психических расстройств, в том числе тяжелых, препятствующих социализации подростков, требующих медицинской коррекции.

Цель исследования - выявление клинико-динамических закономерностей, характеризующих возрастную динамику психических расстройств, диагностированных как патологический пубертатный криз, для уточнения по данным катамнеза клинических границ этих состояний и совершенствования принципов их диагностики, судебно-психиатрической оценки.

Материал и методы исследования. Проанализированы 162 клинических наблюдения - лица, прошедшие судебно-психиатрическое освидетельствование в АОПНД 74 наблюдения являются собственными, 88 - проанализированы по данным архива преобладали лица мужского пола (93,3%). Возраст обследованных на момент катамнестического исследования - от 20 до 47 лет (средний возраст - $25,2 \pm 6,25$ лет).

Результаты исследования. При анализе преморбидных (до манифестации ППК) параметров, которые могут быть отнесены к категории предикторов возрастной динамики исследованных состояний, выявлены: высокая наследственная отягощенность (70,6%): в 43,4% - алкоголизмом, в 21,32% - шизофренией; значимые перинатальные вредности - неблагоприятный родовой анамнез (42,2%), неправильное ведение послеродового периода (21,1%), ранняя постнатальная патология (27,8%); экзогенные вредности раннего детского возраста - инфекции (57,4%); хронические соматические заболевания (19%); травмы головы (9%).

Выводы. 1. Для квалификации переходящих болезненных состояний по типу патологического пубертатного криза (ППК) имеют значение: 1) их клинко-патогенетические особенности - острое выявление патологии на фоне психического здоровья (32,2%) либо по типу декомпенсации имевшегося в детском возрасте психического расстройства (67,8%); 2) структурированность - преимущественно мономорфная (30,6%) либо полиморфная (69,4%) клиническая картина; 3) характер ведущего расстройства - поведенческие нарушения (23,5%), пубертатные психопатологические синдромы (67,0%), продуктивная психопатологическая симптоматика (9,5%).



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ БОРЬБЫ С ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Маликова А.Э., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Несмотря на профилактические меры, которые предпринимаются сегодня повсюду, число курильщиков постоянно возрастает. Многие люди, имеющие значительный стаж курения, желают бросить курить, однако вследствие неких причин все возвращаются и возвращаются к курению.

Курящих людей условно можно отнести к трем группам: существует стойкий синдром никотиновой зависимости (физиологическая зависимость), никотиновой зависимости нет, курение обуславливается психологической зависимостью; сочетание двух типов зависимостей - физической и психологической.

Цель исследования. Изучение эффективности психологического лечения табачной зависимости методом «двойного кодирования».

Метод исследований. Психотерапевтическое лечение методом «двойное кодирование» прошли 138 больных с табачной зависимостью.

Диагностика табачной зависимости осуществлялась по классификации никотиновой наркомании.

I стадия (бытовое курение) – несистематическое курение (около 5 сигарет в день), никотиновой абстиненции нет, вегетосоматические явления отсутствуют или выражены слабо, полностью обратимы;

II стадия (привычное курение) – курение постоянное (от 5 до 15 сигарет в день), зависимость отчасти физическая, толерантность повышена, абстиненция, поражения внутренних органов незначительны, в определённой степени обратимы после прекращения курения;

III стадия (пристрастное курение) – толерантность к курению высокая, абстиненция тяжёлая, зависимость чисто физическая, влечение непреодолимое (человек курит не менее 1-1,5 пачки папирос или сигарет в день), выработалась привычка курить натощак и сразу после еды, а также среди ночи. Определяются значительные поражения внутренних органов и нервной системы у всех пациентов этой группы.

Первая стадия табачной зависимости была диагностирована у 58 больных (42,0%), вторая стадия – у 56 больного (40,6%), третья стадия – у 24 больных (17,4%). Их возраст составил от 20 до 65 лет. Мужчин было 106 больных (76,8%), женщин – 32 больных (23,2%). Длительность систематического курения составила от 5 до 33 лет (в среднем 19,5±2,3).

Результаты лечения. У больных первой стадией табачной зависимости (58 человека) прекращение курения табака наблюдалось в 100% случаев. У больных со второй стадией табачной зависимости (56 человек) эффективность лечения нашим способом составила



92,9%. При третьей стадии табачной зависимости (24 больных) прекращение приёма курения наблюдалось у 79,2%.

Выводы. На сегодняшний день используют инновационные методы лечения никотиновой зависимости, в которые входят рефлексотерапия, микрочиповое программирование, медикаментозная терапия, а так же метод сенситивного вытеснения. Над преодолением табачной зависимости необходимо работать комплексно, что позволяет эффективно лечить зависимость и достигать положительных результатов совместной работы специалистов и пациента.

Общая эффективность лечения составила 93,5% (129 пациентов). При этом наблюдалось достоверно значимое число ремиссий качественно лучшего состояния, а прекращение курения табака сочеталось с исчезновением у больных патологического психологического влечения к табакокурению и исчезновением гетерогенной психопатологической симптоматики.

Наблюдается также значительное сокращение сроков лечения по сравнению с медикаментозной терапией, иглорефлексотерапией и коллективной эмоционально-стрессовой психотерапией.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ.

Мамадалиев А.Р.1., Давлатов Б.Н.2, Мамасолиева Ш.У.2, Мамадалиев А.Б.2

Андижанский филиал РНЦЭМП1

Андижанский государственный медицинский институт2

Вопросы диагностики и лечения черепно-мозговых травм в настоящее время является одной из актуальных проблем современной нейрохирургии. Черепно-мозговая травма в настоящее время занимает 3 место по летальности после острой сердечно-сосудистой патологии и онкологических заболеваний (Кариев Г.М.,2021).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в отделении нейрохирургии Андижанского филиала РНЦЭМП с 2019 по 2023 год находились 237 больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами осложненные образованием внутримозговых гематом различной локализации и размеров. Возраст больных от 15 до 65 лет. При распределении по полу – мужчин – 143, женщин – 94 больных. Большинство больных были в наиболее работоспособном возрасте от 25 до 45 лет – 145 больных. По механизму травмы – автотравма – 125 больных, бытовая травма – 106 больных (падение с высоты, побои), производственная травма – в 6 случаях.

Согласно утвержденному стандарту от 2018 года, были проведены клиничко-неврологические методы обследования, рентгенологическое и МСКТ или МРТ-исследование.



Неврологический статус больных оценивался по ШКГ, клинически у больных наблюдался анизокория, гемипарезы и гемиплегии. Рентгенологически у 167 больных выявлены признаки перелома костей свода и основания черепа, из них у 65 больных перелом носил вдавленный характер. Глубина вдавления от 0,4 см до 2,5 см. По данным МСКТ и МРТ исследования у обследованных больных выявлены признаки ушиба различных отделов головного мозга, наличие внутрочерепных гематом различной локализации – эпидуральные – в 123 случаях, субдуральные – в 86 (из них у 15 больных интраоперационно обнаружены гидромы) случаях и внутримозговой локализации – в 28 случаях. По предварительным расчетам объем гематом варьировал от 35 до 100 см³. Внутримозговые гематомы были меньших размеров – от 15 до 50 см³.

Результаты и их обсуждение. Оперативные вмешательства проводились путем наложения фрезевого отверстия – 25 больных, через малое трепанационное отверстие (до 3 x 3 см) – 36 больных и через трепанационное отверстие – 178 больных. С **Целью** гемостаза нами применялся препарат «Хемопен». При наличии внутримозговых и больших субдуральных гематом оперативное вмешательство завершали установлением дренажной трубки с **Целью** эвакуации остатков крови в послеоперационном периоде. Дренажную трубку удаляли на 2 – 3 сутки после операции.

Хорошие послеоперационные **Результаты** получены у 136 больных, удовлетворительные – у 56 больных, в связи с тяжелым исходным состоянием у 45 больных наблюдался летальный исход на 1 и 3 сутки после операции.

Вывод. Проведение нейровизуализации с момента поступления способствует установлению правильного диагноза и выбора тактики лечения. Проведение более ранних оперативных вмешательств и адекватный интраоперационный гемостаз играет большую роль в сохранении жизни больных и может послужит профилактикой инвалидности больных.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «НЕМОВЕН» ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ И ВЕЩЕСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Мамадалиев А.Р., Давлатов Б.Н.
АГМИ, РНЦЭМП АФ

Актуальность. Хирургические вмешательства на головном мозге характеризуются не только необходимостью при **Цельной** топической работы, но вероятностью высокой кровоточивости ткани, требующей применения дополнительных мероприятий для достижения адекватного гемостаза [1,2]. Именно фактор улучшения эффективности гемостаза послужил основной **Целью** исследования. С учетом того что в нейрохирургии исследование эффективности нового отечественного препарата



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



«HEMOBEN» проводится впервые, мы не акцентировали внимание на функциональных результатах операций, а учитывали именно гемостатический эффект препарата в паренхиме и сосудах мягкой оболочки головного мозга (ГМ), а также в твердой мозговой оболочке (ТМО). Для решения поставленных задач первично проведено экспериментальное исследование с оценкой гемостатического эффекта «HEMOBEN», а также морфологические исследования для оценки особенностей взаимодействия данного средства с тканью ГМ. В нашей практике нередко применяется гемостатическая губка (ГГ), в связи с чем сравнительная оценка проведена между этими двумя средствами – «HEMOBEN» и коллагеновой ГГ.

Материал и методы исследования. В качестве экспериментальных животных выбраны крысы. Животные находились под наблюдением в течение 21 суток. Учитывалась их подвижность, реакции на внешние раздражители. В контрольной группе крыс на 6-8 сутки отмечено некоторое уменьшение активности при сохранности адекватной реакции на внешние раздражители. В опытной группе – в динамике без особых изменений – активны, подвижны, с адекватной реакцией на внешние раздражители.

Результаты исследования. Морфологические исследования начаты начиная с 3 суток после выполнения гемостаза в области экспериментальных ран ГМ. Для наглядности сравнения приведены срезы ГМ крыс из контрольной и опытной групп. На 3 сутки основным визуальным признаком в области раны был отек и увеличение размеров ГГ в контрольной группе. По нашему мнению, причиной этого являются гемолизированные тромботические кровяные элементы между слоями ГГ. Так же имеется слой сгустков крови смешанного состава в области губки и раны. По этой причине она имеет тенденцию возвышаться над областью раны и легко отходить от раны. В контрольной группе сохраняется участок некроза, окруженный лейкоцитарным валом в паренхиме, истончение мягкой мозговой оболочки (ММО), вторичные изменения сосудов за счет нарушения гемодинамики, участки выпадения нейронов.

В опытной группе преимущественно в зоне повреждения сосуды ММО полнокровны и наблюдается развитый стаз. Слоев тромба, состоящих из различных кровяных элементов в слоях, не наблюдается. Досточное кровенаполнение судов, состояние вещества ГМ без каких-либо грубых морфологических изменений. Слабо развитый отек. В слоях отчетливо дифференцируются клеточные слои мозговой ткани. На 7-е сутки в контрольной группе участки некроза, инфильтрации, кареопикноза, выпадение нейронов, отек в паренхиме. На срезе коры нейроны гиперхромны, уменьшены в размерах, переваскулярные и перенейрональные пространства увеличены – наблюдаются отек и дистрофия. В сосудистых сплетениях боковых желудочков – нарушение гемодинамики, отек, расширение переваскулярных пространств. В опытной группе эти изменения менее выражены.

На 15-е сутки в контрольной группе: лейкоцитарный инфильтрат вокруг участков некроза в паренхиме. В молекулярном слое – выраженная вакуолизация, кареопикноз,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



уменьшение количества клеток. Вторичные гематомы, как результат нарушения гемодинамики. Причина этого, на наш взгляд, в основном связана с повторным кровотечением из стенки поврежденных сосудов паренхимы, ММО, а также ТМО, где кровь была остановлена с помощью ГГ. Кровоостанавливающее свойство ГГ обусловлено сдавливающим действием сосудов, что при исчезновении этого эффекта может быть причиной вторичных гематом.

В опытной группе слабые дистрофические изменения возникают преимущественно в слоях мозговой ткани области поражения. Признаки гемостаза - внутрисосудистый стаз и сладж сохраняются в сосудах, пораженных ММО в области ранения. Поврежденные слои начали восстанавливаться.

На 21-е сутки в контрольной группе: участки некроза сохраняются. Сохраняется четко развитая демаркационная зона воспаления. Дистрофические изменения нейронов и глиальных клеток сохраняются. Сосуды мягкой мозговой оболочки ГМ в области повреждения расширены в разной степени. Между ними начала разрастаться соединительная ткань. Объем функциональных сосудов относительно меньше. Элементы ГГ сохранены. Среди них обнаруживают сгустки крови, состоящие из кровянистых инфильтратов.

В опытной группе отчетливо наблюдается регенерация тканей в области повреждения. В пораженных участках ММО ГМ стали появляться новые кровеносные сосуды. В это время преобладают пролиферативные процессы воспаления.

На 28-е сутки в контрольной группе к этим изменениям присоединяется увеличение количества макрофагов в очаге. В области ММО ГМ выявляется грубая соединительнотканная фиброзная ткань. Определяются гемостатические губчатые элементы. В них наблюдаются гидролиз и деструкция в результате различных макрофагальных реакций.

На 35-е сутки видно, что в контрольной группе значительно снижен клеточный состав по сравнению с опытной, слои коры менее различимы, сохраняется перинейрональный и периваскулярный отек, очаги выпадения нейронов, тонкая ММО. Наблюдается нормализация структуры вещества мозга, хотя отек и выпадение нейронов сохраняется.

В опытной группе к этому времени завершилось полное восстановление гистологических слоев. В сосудах ГМ образуются тонкие фиброзные изменения и новые сосуды. Перинейрональный и периваскулярный отек не наблюдается.

Выводы. 1. Экспериментальные исследования показали, что применение ГГ для остановки кровотечения из ткани мозга и твердой мозговой оболочки требует длительной фиксации, а окончательный гемостаз наблюдался в сроки более 2 минут ($2,3 \pm 0,6$ минут). Применение порошка «HEMOBEN» позволило сократить период для достижения гемостаза до 40 сек ($0,38 \pm 0,11$ минуты; $t=3,15$; $P<0,001$).

2. Следует отметить, что при повреждении крупных венозных сосудов возникла необходимость 2-3-х кратной смены коллагенового покрытия, а при использовании порошка «HEMOBEN» его количество удваивалось.



3. В отличие от ГГ в послеоперационном периоде более благоприятное течение отмечено в опытной группе животных, так как процесс рассасывания порошка не сопровождается воспалительной реакцией тканей, заживление раны с регрессом отека ГМ наступало к 7-13 суткам, тогда как ГГ имеет более длительный период рассасывания, в связи с чем существенно возрастает риск присоединения вторичной инфекции, а процесс заживления затягивается до 21 суток и более.

СПОСОБ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ И ОБОЛОЧЕЧНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Мамадалиев А.Р., Давлатов Б.Н.
АГМИ, РНЦЭМП АФ

Актуальность. История локального гемостаза берет свое начало в Древнем Египте когда для остановки кровотечения использовали термические методы. Древние египтяне также первыми применили химический гемостаз (смесь воска, жира и ячменя). Целители Древней Греции прикладывали кровоостанавливающие травы к боевым ранам. В конце восемнадцатого века Carnot разработал и предложил использовать желатин. В 1892 году Horsley создал препарат, «костный воск», в состав которого входили пчелиный воск, салициловая кислота и миндальное масло. Cushing и Bovie в 1920-х годах использовали электрическую коагуляцию. В 1909 году Bergel впервые использовал фибрин для местного гемостаза. Frantz предложил использовать окисленную целлюлозу в 1942 году, а уже в 1960 году была разработана окисленная регенерированная целлюлоза. В 1970 году Hait разработал микрофибриллярный коллаген из бычьей кожи. Фибриновый герметик, полученный из очищенного тромбина был одобрен для применения в клинике в 1998 г. В том же году цианоакрилаты были приняты и внедрены в клиническую практику [1-5].

Цель исследования. На основании экспериментальных и морфологических исследований разработать способ для локального гемостаза при паренхиматозных и оболочечных кровоизлияниях головного мозга (ГМ).

Материал и метод исследования. Для реализации описываемого способа использовано отечественное гемостатическое средство из композиционного полимерного материала из производных хлопковой целлюлозы «HEMOVEN», разработанный в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» (IAP05906 от 24.04.2015г.).

Способ осуществляют в следующей последовательности. После выполнения основных этапов операций: краниотомии (декомпрессивной или костно-пластической) в зависимости от плана операции производится рассечение ТМО с последующим устранением объемных образований, сдавливающих ТМО или паренхиму ГМ (эпи- или субдуральная, внутримозговая гематомы; опухоль ГМ).



Определяется наличие ложа, различной величины (от 10 до 80 см² и более) и формы. Дном может быть частично удаленная образование, спаянная внутренняя поверхность капсулы или очаги геморрагического размягчения паренхимы ГМ. В этих случаях имеется большая вероятность возникновения геморрагий из размягченной мозговой ткани (зона ушиба), послеоперационное капиллярное кровотечение из ТМО или из новообразованной соединительной ткани (капсулы), незначительное венозное кровотечение вследствие разрыва сосудистых стенок, а также кровотечения из паренхимы ГМ.

На область повреждения ГМ с кровотечением наносят порошок «HEMOBEN» в дозе 70 мг на 10 см² слоем в 3-5мм (при активном кровотечении раневую поверхность с порошком прижимают сухой салфеткой до полной остановки кровотечения). Излишнее количество порошка удаляют путем подачи сухого воздуха с температурой 40-50о С под углом в 30-60о и давлением 3-4 атм, что также ускоряет формирование гемостатической полупрозрачной пленки, прочно адгезированной к раневой поверхности ГМ. Подачу сухого воздуха осуществляют посредством лапароскопического инсультатора через систему отсоса.

Клинический пример. Пациент О., 29 лет. Поступил в Андижанский филиал РНЦЭМП с диагнозом: ЗЧМТ. Линейный перелом теменной кости слева. Ушиб ГМ средней степени тяжести. Острая субдуральная гематома (СДГ) левой лобно-теменно-височной области. Ушибы мягких тканей головы.

Пациент поступил с уровнем сознания сопор, по Шкале ком Глазго (ШКГ) 13 баллов. Очаговой, менингеальной симптоматики не было. Общемозговая симптоматика. На МСКТ - головного мозга – субдуральная гематома левой лобно-теменно-височной области (приблизительный объем 50 мл.). Признаки ушиба ГМ теменной области. Смещение срединных структур ГМ слева на право на 5 мм. Обводная цистерна сужена. Отмечается наличие линейного перелома левой теменной кости, без признаков костного вдавления. Выше установленные признаки явились показанием к оперативному лечению.

Выполнена традиционная костно-пластическая трепанация левой теменной области черепа, включающая рассечение ТМО. Установлено, что причиной возникновения гематомы явились поврежденные мелкие капилляры и паренхима ГМ. С **Целью** гемостаза на паренхиму головного мозга после удаления поврежденных участков ГМ (детрита) использован порошок «HEMOBEN» в дозе 70 мг на 10 см² (всего 100 мг) слоем в 3 мм, через 5 минут избыток порошка удаляли путем подачи сухого воздуха с температурой 40о под углом в 30о и давлением 3 атм (рис. 1-3).

из области удаленной СДГ «HEMOBEN» на поверхность ГМ
Пластика ТМО, послойно швы на рану с установление дренажа в субдуральном пространстве. На 4-е сутки на КТ-контроле ГМ отмечается полная резорбция гематомы. Рана зажила первичным натяжением, пациент выписан в удовлетворительном состоянии.



На данный способ получено положительное решение на поступление заявки на выдачу патента на изобретение из Министерство юстиции Республики Узбекистан IAP 2022 0592 «Способ локального гемостаза паренхиматозных и оболочечных кровоизлияний ГМ».

Выводы. 1. Быстрый гемостаз достигается в результате полимеризации порошка и перехода его в состояние полупрозрачной пленки с прочной адгезией к влажной раневой поверхности ГМ.

2. «HEMOBEN» - гипоаллергенный, не вызывает сенсibilизации и негативной иммунной реакции организма. В отличие от других гемостатиков не вызывает раздражение раны и не образует гранул, рубцов, плотных сращений и фибром, что делает его практически идеальным в нейрохирургии при работе на ГМ и эпидуральных структурах.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мамадалиева Я.М., Фарходова Ю.Ф., Абзалова М.Я.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Выявляемость рака молочной железы (РМЖ) в целом остается низкой, не превышая 18%, и практически не меняется на протяжении последних десятилетий. По-прежнему, 80% случаев РМЖ выявляется больной самостоятельно, 10%- при врачебном осмотре, 10%- при маммографии. Широкое применение рентгеновской маммографии вызывает необходимость в проведении уточняющей качественной диагностики.

Цель исследования. Показать значение УЗИ молочных желез как метода, повышающего точность лучевой диагностики на этапе скрининга РМЖ, для достижения высокой эффективности диагностики этого заболевания с применением комплексного подхода.

Материал и методы. Проведено 224 УЗИ молочных желез на аппарате Toshiba. Под визуальным ультразвуковым контролем выполнено 120 тонкоигольных пункционных биопсий.

Результаты. Узловая патология доминировала в структуре всех выявленных изменений и составила 86,5%. Диффузные изменения чаще носили асимметричный локальный характер. Применение режима серой шкалы позволило получить исчерпывающую информацию о локализации патологических изменений, местной распространенности. Эхогенность, эхоструктура, акустические эффекты оценивались как характеристики злокачественности или доброкачественности процессов. Комплексное обследование дало возможность определять с высокой точностью гистопринадлежность и нозологию процесса, сводя к минимуму неуточненный диагноз. УЗИ в качестве визуального контроля инвазивных процедур при пункциях кист-это эффективный



малоинвазивный, щадящий лечебно-диагностический метод, а при пункциях солидных образований- метод получения информативного клеточного материала для цитологической диагностики. Все случаи верифицированы по данным гистологических и цитологических исследований биоптатов, полученных в ходе стереотаксических толстоигольных биопсий системой «пистолет-игла» и тонкоигольных пункций под ультразвуковым контролем. Отмечено особое значение УЗИ молочной железы в диагностике раннего рака при низкой информативности рентгеновской маммографии у женщин с преобладанием железистого и фиброзного компонентов в структуре молочной железы. При оккультной форме РМЖ УЗИ позволило обнаружить патологические изменения в ткани молочной железы. В процессе изучения РМЖ выявлена вариабельность его ультразвуковой симптоматики. Определены факторы, влияющие на ультразвуковой симптомокомплекс. Это размер опухоли, источник опухолевого роста, степень злокачественности, преобладающие гистологические структуры, инвазии, наличие метастазов в лимфоузлы, кальцинаты.

Выводы. Применение УЗИ в диагностическом алгоритме системы комплексного обследования молочных желез привело к снижению выраженности таких неизбежных в ходе маммографического скрининга РМЖ побочных эффектов, как ложноположительные и ложноотрицательные заключения. УЗИ на этапе отбора пациентов для трепан-биопсии позволило добиться повышения результативности гистологической диагностики РМЖ до 89,0%. Таким образом, УЗИ явилось методом точной диагностики и стадирования РМЖ на догоспитальном этапе, сделать реальной раннюю эффективную диагностику РМЖ в кратчайшие сроки.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В У БЕРЕМЕННЫХ

Мамаджанова Ш.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Так, по данным ВОЗ ежегодно 3-4 миллиона человек инфицируются вирусом гепатита С, более 240 миллионов человек имеют хронические поражения печени, обусловленные вирусом гепатита В.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материал и методы: Нами проведен ретроспективный анализ 75 историй родов с хроническими вирусными гепатитами В и С и 76 (одна двойня) историй новорожденных.

Результат и их обсуждение: Средний возраст беременных составил $25,1 \pm 3,72$ года. Хронический вирусный гепатит В был диагностирован у 25 обследованных (33,3%), 49



женщин с хроническим вирусным гепатитом С (65,3%) и 1 женщины с вирусными гепатитами В и С (1,3%).

Данные оценки социального статуса выявили неблагополучие в исследуемой группе: безработные, исключая домохозяйек, - 10 (13,3%); не замужем, исключая гражданский брак, - 8 (10,7%); большинство пациенток имели вредные привычки: табакокурение в 29 случаях (38,7%), алкогольная зависимость наблюдалась у 4 пациенток (5,3%), наркомания выявлена у 10 (13,3%) пациенток.

При анализе имеющейся экстрагенитальной патологии установлено, что более половины женщин группы (66,7%) в детстве были часто болеющими и перенесли по несколько детских инфекций. Наиболее частыми, у взятых нами на учет беременных были диагностированы заболевания сердечно-сосудистой системы (вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь) - 15,9%, заболевания органов пищеварения (хронический холецистит, гастрит) - 13,3%. У 18 женщин (24%) был выявлен гепатит А. При анализе информированности женщин о диагнозе вирусного гепатита В или С до беременности только 19 пациенток (25,3%) из всей исследуемой группы знали о существовании диагноза. Согласно данным ВОЗ в развитых странах лишь у 1/4-1/3 молодых женщин диагноз хронического ВГ устанавливается до беременности.

Данные оценки репродуктивной функции свидетельствовали практически о равном соотношении перво- и повторнородящих - 45 (60%) и 30 (40%) соответственно. Обращает внимание, что среди первородящих перво-беременных было всего 24 пациентки (53,3%), преобладало прерывание беременности путем самопроизвольного выкидыша - 13,7% или проведением медицинского аборта - 26,7%. Гинекологический анамнез отягощен у каждой второй пациентки, наиболее часто встречались: воспалительные заболевания органов малого таза - 18,6% случаев; инфекции, передаваемые половым путем, - 17,2%.

Тестирование на маркеры вирусного гепатита В и С трижды (в каждом триместре беременности) является рутинным методом обследования, позволяющим выявить бессимптомное носительство вируса гепатита, но не исключающим возможности дальнейшего инфицирования.

Вирусные гепатиты В и С оказывают отрицательное влияние на течение беременности как первой, так и второй половины, вызывая угрозу прерывания беременности (13,3%), плацентарную недостаточность (25,3%), умеренную и тяжелую преэклампсию (33,3%). У каждой 3-й беременной (32%) наблюдаются изменения биохимических показателей крови (общего билирубина, аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, тимоловой пробы) в сторону увеличения.

Выводы. Парентеральные вирусные гепатиты (ВГ) являются одной из наиболее важных проблем современной гепатологии и инфекционной патологии человека, так как по темпам прироста и масштабу распространенности на земном шаре они значительно превосходят заболеваемости другими инфекциями.



ВИДЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ У ДЕТЕЙ, ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мамажанова М.М., Мирзаева М.М., Мадаминова Д.С, Салиева М.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Тема профилактики стоматологических заболеваний очень актуальна, поскольку **Результаты** многочисленных исследований показывают, что интенсивность основных стоматологических заболеваний (кариеса зубов и болезни пародонта) среди населения достаточно высока. Карриозная болезнь является самым распространенным заболеванием среди населения: по данным ВОЗ заболеваемость колеблется от 80 % до 98 %. В последние два десятилетия отмечается тенденция роста заболеваемости среди детей, особенно в экономически развитых странах, и уже к 6–7 годам у 80–90 % детей наблюдается кариес разной глубины. В РУз, как и во многих странах мира, очень высокую пораженность зубов у детей кариесом (до 97% и выше).

Цель исследования. Изучить виды практических навыков у детей, используемых в различных возрастных группах, для профилактики стоматологических заболеваний.

Материалы и методы исследования. Внедрение программ профилактики приводит к резкому снижению интенсивности кариеса зубов и болезней пародонта, значительному уменьшению случаев потери зубов в молодом возрасте и возрастанию количества детей и подростков с интактными зубами.

Результаты исследования. Основным методом в комплексной системе профилактики стоматологических заболеваний остается гигиеническое обучение и воспитание различных возрастных групп населения, которые имеют свои особенности. Установлено, что регулярный гигиенический уход за полостью рта имеет исключительно профилактическое значение, выражающееся в снижении распространенности и частоты кариеса зубов

Мероприятия, входящие в комплексную систему профилактики, разделяют на 2 группы — основные и вспомогательные. К основным относят соблюдение общего рационального режима, сбалансированное питание, рациональную гигиену полости рта, активную санитарно-просветительную работу методом медико-педагогического убеждения.

К вспомогательным методам относят обработку зубов минерализирующими средствами, назначение лечебных зубных паст, устранение первичной и вторичной травматической окклюзии, коррегирующую гимнастику и др. Во всех группах ведущее место в профилактике занимает уровень санитарной культуры людей, особенно детей, в самом широком плане: соблюдение режима дня, правильное рациональное питание, соблюдение правил личной гигиены и гигиены полости рта, правильное использование зубных паст и зубных щеток и т. д.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Особую роль в санитарно-просветительной работе и гигиеническом воспитании населения играют мероприятия, проводимые среди детей. Эта работа должна быть строго дифференцирована по целям и содержанию в зависимости от возраста.

С детьми 2-3 лет работу рекомендуется строить с использованием игровых элементов. Желательно в соответствии с игровой ситуацией оформить комнату (рисунки, плакаты, игрушки, зубные щетки, пасты). Это положительно действует на эмоциональную сферу и заинтересованность детей. Чтобы не переутомить детей, беседа - игра должна быть короткой, продолжаться на нескольких занятиях. Целесообразно использовать поощрительные замечания, ставить в пример детей, которые успешнее овладели навыками.

Среди дошкольников 3-6 лет работу следует строить иначе, т.к. они уже встречались со стоматологом и владеют информацией об уходе за полостью рта, степень зрелости и сознательности у них намного выше, поэтому беседы и уроки здоровья надо проводить в популярной форме, с конкретным намерением дать детям определенную сумму знаний об органах полости рта и уходе за ними.

При проведении санитарно-просветительной работы в младших классах школы необходимо объяснить строение, функции и значение органов полости рта, рассказать о причинах заболеваний зубов, десен и слизистой оболочки полости рта, о роли питания, гигиены полости рта в развитии и состоянии органов челюстно-лицевой области. Обучение методам гигиены целесообразно проводить в специальных комнатах или классах гигиены, где имеется необходимое оснащение и соответствующие наглядные пособия.

Ученики средних и особенно старших классов на уроках здоровья должны изучать анатомию и физиологию органов полости рта, основные причины стоматологических заболеваний, способы их предупреждения.

В стоматологическом просвещении, помимо врачей-стоматологов, должны участвовать психологи, педагоги и другие специалисты по обучению.

Целесообразно начинать мотивацию с педагогов и медицинских работников детских учреждений. После этого следует организовать встречи с родителями детей, объяснить им возможность и важность предотвращения заболеваний зубов и десен, рассказывать о правилах и особенностях чистки зубов у детей.

Выводы. Среди школьников должны широко использоваться методики медико-педагогического убеждения с использованием мер по санитарному просвещению, направленных на повышение гигиенических знаний, формирование, закрепление и совершенствование гигиенических навыков (беседы, рассказы, демонстрация видеороликов, наглядных пособий, техники чистки зубов, средств ухода за полостью рта). Важным этапом является мотивация детей. Занятия с детьми должны быть строго дифференцированы в зависимости от их возраста: если с маленькими детьми лучше проводить занятия в форме игры, то со старшими разговаривать надо так же, как со взрослыми. Таким образом, из вышеизложенного следует, что для улучшения стоматологического здоровья на уровне популяции необходимы усилия не только



специалистов, но и общества в целом. Должно сформироваться общественное мнение, что заботиться о здоровье полости рта так же необходимо, как и о красоте своей внешности.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕЧЕНИЯ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ DE LA TORRE-ORTEGA У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЮ ГИРШПРУНГА

Мамажонов У.Ш. Олдашев М.М. Жураев Ш. Хайитматов М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Улучшение результатов лечения болезни Гиршпрунга (БГ) у детей путем совершенствования хирургической тактики с **Целью** снижения частоты послеоперационных функциональных и органических осложнений, улучшения качества жизни остается в ряду приоритетных направлений детской хирургии. В оценке результатов хирургического лечения детей с БГ основное значение придаётся интраоперационным и ближайшим факторам, способными повлиять на неблагоприятные **Результаты** хирургического лечения.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру ближайших послеоперационных осложнений у детей с болезнью Гиршпрунга.

Материалы и методы исследования. Всего в исследование включено 85 детей, оперированных с БГ в отделении хирургии АОДММЦ, которые были распределены на две группы. В основную группу включено 38 детей, которым выполнялась усовершенствованная методика операции, а также в послеоперационную программу реабилитации с учетом специфики изменений микробиоциноза толстой кишки включена терапия пробиотиками. В группу сравнения вошло 47 детей, которым производилась трансанальная резекция толстой кишки по классической методике Соаве-Ленюшкина. Проводили анализ частоты, структуры осложнений и летальности.

Выводы, сделанные по результату этих исследований, дали основание для выбора способа реконструкции колоанального анастомоза в данной клинической ситуации с наилучшим результатом. В сравнении непосредственных результатов помимо клинического и функционального состояния больных, основную роль играли критерии значимости различий между группами в зависимости от воздействия фактора риска развития осложнений.

Результаты исследования. Разница в показателях длительности операции была довольно существенной, в группе сравнения - $120,2 \pm 11,1$ мин, в основной группе - $113,4 \pm 13,8$ ($t = -2,46$; $P < 0,05$). Объем кровопотери в основной группе был значительно меньше ($122,6 \pm 36,7$ мл), чем в группе сравнения ($163,8 \pm 52,0$ мл) ($t = -4,27$; $P < 0,05$). Показатель длительности обезболивания в группе сравнения был наибольшим ($3,7 \pm 0,7$



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



сут), в основной группе - $2,8 \pm 0,9$ сут ($t=-4,88$; $P < 0,05$). На восстановление перистальтики в группе сравнения требовалось $3,1 \pm 0,9$ сут, в основной группе - $2,2 \pm 0,6$ ($t=-5,71$; $P < 0,05$). Энтеральное питание начиналось в группе сравнения на $4,3 \pm 1,0$ сут, в основной группе на $3,1 \pm 0,6$ ($t=-7,03$; $P < 0,05$). Активизация пациентов в основной группе была на $6,3 \pm 2,3$ сут, а в группе сравнения на $10,3 \pm 1,7$ 6 ($t=-9,02$; $P < 0,05$).

Энкопрез на момент выписки регистрировался у 28 пациентов, что составило 59,6% случаев в группе сравнения, в основной группе этот показатель был значительно ниже – 28,9%. Параректальный свищ и парапроктит в группе сравнения также наблюдались значительно чаще, чем в основной группе (2,1% и 4,3% против 0,0% и 2,6%, соответственно). Всего больных с осложнениями в группе сравнения отмечено в 63,8% случаях, а в основной в 31,6% случаях ($\chi^2=8,743$; $Df=1$; $p=0,004$).

Показатель удержания кишечного содержимого в ближайшее время после операции (3-6 суток п/о) в группе сравнения составил 0,0%, а в основной группе – 7,9%. К периоду выписки (8-15 суток п/о) в основной группе удержание кишечного содержимого наблюдалось у 71,1% пациентов, в группе сравнения этот показатель был почти в 2 раза меньше (40,4%). Частичное удержание кишечного содержимого в группе сравнения на 3-6 сутки п/о было 6,4%, а на момент выписки (8-15 суток п/о) – 38,3%. Показатели частичного удержания кишечного содержимого в основной группе были значительно лучше, на 3-6 сутки п/о – 47,4%, на момент выписки (8-15 суток п/о) – 18,4%. Коэффициент не удержания кишечного содержимого в группе сравнения на 3-6 сутки п/о был почти в 2 раза больше (93,6%), чем в основной группе (44,7%). На момент выписки (8-15 суток п/о) не удержание кишечного содержимого наблюдалось в группе сравнения у 21,3% пациентов, в основной группе – 10,5%.

Следующим сравнительным анализом в исследуемых группах в зависимости от методики операции и реабилитационной программы, явился анализ продолжительности различных этапов госпитального периода. Так, в основной группе пациентов длительность нахождения пациентов в ОРИТ составила 1,6 суток, а в группе сравнения – 3,4 ($t=7.63$; $p < 0,001$). Количество койко-дней после операции в основной группе составил 7,1 суток, в группе сравнения – 11,0 ($t=7.15$; $p < 0,001$). В группе сравнения общий госпитальный период составил 22,1 суток, а в основной группе этот показатель был значительно меньше - 15,1 ($t=7.23$; $p < 0,001$).

Таким образом, применение модифицированного способа операции De La Torre-Ortega у детей с болезнью Гиршпрунга позволило улучшить все основные параметры оценки качества течения ближайшего послеоперационного периода ($p < 0,05$ - по сравнению показателей длительности обезболивания, восстановления перистальтики, начала энтерального питания и сроков активизации больных), а также сократить общую частоту осложнений с 63,8% (у 30 из 47 детей в группе сравнения) до 31,6% (у 12 из 38 детей в основной группе; $\chi^2=8,743$; $Df=1$; $p=0,004$) и соответственно период госпитализации с $22,1 \pm 3,2$ до $15,1 \pm 5,2$ суток ($t=7,23$; $p < 0,001$).



ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИМПАТИЧЕСКО-АДРЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ОРГАНИЗОВАННОМ НАСЕЛЕНИИ

Мамажанова З.К., Кодирова Г.И., Мадаминов И.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Здоровье населения является самым ценным благом для государства, его экономического и культурного развития. Среди неинфекционной патологии сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) приводят к большинству случаев смерти – ежегодно от них умирает 17,5 миллионов человек.

Исследования последних лет продемонстрировали важность измерения артериального давления (АД) вне кабинета врача с целью точной оценки тяжести артериальной гипертонии (АГ) и идентификации более высокого риска у некоторых пациентов с нормальным АД. Современные исследования позволяют с позиций доказательной медицины рассматривать стресс как независимый фактор риска ССЗ. Есть убедительные данные о влиянии стресса, связанного с работой, на риск развития АГ.

Цель исследования: оценить влияние профессионального стресса на факторы риска и коронарный риск у водителей UzAvtoMotors. Выявить особенности течения артериальной гипертонии на рабочем месте у сотрудников гаража UzAvtoMotors.

Материалы и методы исследования. Для исследования симпатико-адреналовой системы (САС) мы обследовали 77 сотрудников Uz-avto motors, которые были разделены на следующие 4 группы: I группа (контрольная) – здоровые лица, работающие в офисе (12 сотрудников) в возрасте 20-40 лет; II группа (опытная) – водители дальнобойщики, не имеющие ГБ (20 сотрудников), III группа (опытная) – лица, работающие в офисе, имеющие ГБ (20 сотрудников), IV группа (опытная) – водители дальнобойщики, имеющие ГБ (25 сотрудников).

Для оценки симпатико-адреналовой системы использовали иммуноферментный анализ с помощью аппарата Mindray MR-96A, для исследования брали утреннюю кровь и суточную мочу.

Результаты клинических исследований обработаны с помощью прикладных программ статистической обработки программы Excel, а также методом вариационной статистики по Фишеру с использованием t-критериев таблиц Стьюдента.

Результаты и обсуждение. При анализе результатов мы отметили статистически достоверное повышение выведение А и НА в крови и в суточной моче лиц II группы. Так, суточная экскреция А в моче II группы по сравнению со здоровыми лицами повышена в 5,7 раз ($P < 0,001$), а в крови в 2,3 раза ($P < 0,01$). Также отмечалось повышенное содержание А в 2,6 раза в моче и в 1,6 в сыворотке крови у больных III по сравнению с контролем. Различие в экскреции А в четвёртой группе составило 8 раз в суточной моче, 2,8 раз в крови ($P < 0,05$).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



При исследовании результатов НА мы отметили статистически достоверное повышенное содержание в крови и моче во II, III, IV группах по сравнению с I. Так, суточная экскреция НА в моче у больных II группы по сравнению со здоровыми лицами повышена в 4 раза ($P<0,001$), в крови НА повышен в 1,8 раз ($P<0,05$). Также отмечалось повышенное содержание НА в 2 раза в моче и в 1,2 раз в сыворотке крови у больных III группы по сравнению с контрольной. Различие в экскреции НА в четвертой группе составило 7 раз в суточной моче, 2,3 раза в крови по сравнению с первой ($P<0,05$).

Исследуя ДА в суточной моче и в сыворотке крови мы отметили достоверное повышенное содержание данного показателя во II, III, IV группах по сравнению с I. Суточная экскреция ДА в моче во II группе по сравнению со здоровыми повышена в 6,7 раза ($P<0,001$), в крови ДА повышен в 5 раз ($P<0,05$). Также отмечалось повышенный уровень ДА в моче (1,1 раз) и в сыворотке крови (2,5 раз) у больных III группы по сравнению с контрольной. Различие в экскреции ДА в четвертой группе составило 11,7 раз в суточной моче, 8,1 раза в крови по сравнению с первой ($P<0,01$).

С **Целью** выявления взаимосвязи между уровнем катехоламинов и развитием сердечно-сосудистых осложнений нами также проводился корреляционный анализ по Спирмену. Была выявлена прямая высоко достоверная корреляция между КА в сыворотке крови, в моче и уровнем АД.

Полученные нами величины свидетельствуют о статистически достоверном повышении экскреции КА, в частности А, НА и ДА в суточной моче и в сыворотке крови у 4 группы (дальнобойщиков, имеющих ГБ).

С практической точки зрения абсолютно ясно, что для больных с АГ необходимо не только определить степень риска, но и решить, какие из параметров должны быть скорректированы, помимо снижения АД, для достижения основной цели - максимального снижения риска заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [путем воздействия на все модифицируемые факторы риска, в том числе и стресс]. Выбор первоочередных задач важен как для пациента, так и для системы здравоохранения в целом. У работников "Uz-Avto Motors", не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний, под влиянием рабочего психоэмоционального напряжения увеличивается частота модифицируемых факторов риска развития ССЗ. У больных с артериальной гипертензией на рабочем месте при усилении стрессового влияния повышается абсолютный риск развития ишемических событий.

Заключение:

Таким образом, проведенные исследования позволяют с уверенностью говорить о патологической роли профессионального стресса как фактора риска АГ и сердечно-сосудистых осложнений. На сегодняшний день определены модели рабочего напряжения, имеющие наибольшее значение в возникновении ССЗ, среди них особое положение имеют водители. Очевидна необходимость ранней диагностики и профилактики у этих лиц стресс-индуцированных состояний.



ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Мамажонova С.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Беременность создает благоприятные условия для формирования хронической венозной недостаточности, однако механизм ее развития окончательно не выяснен. Значительное влияние на формирование варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ) оказывает поражение клапанного аппарата основных венозных коллекторов малого таза, приводящих к гипоксическим и трофическим изменениям в органах малого таза и формирующих клиническую картину заболелвания.

Цель — изучение флебогемодинамики малого таза и нижних конечностей при варикозной болезни у беременных и их влияния на перинатальные исходы.

Материал и методы. Среди 68 пациенток с варикозной болезнью (основная группа) 31 (45,2%) пациенток (1-я подгруппа) имели 0 степень ХВН, 27 (18,3%) беременная (2-я подгруппа) — I степень, и 10 (6,8%) пациенток (3-я подгруппа) — II степень ХВН, контрольная группа (без ВБ) составили 38 беременных.

Критериями включения пациенток в исследование явились: беременность II—III триместров, наличие ХВН, возраст от 18 до 37 лет, согласие на исследование.

Всем пациенткам проводили общеклинические исследования крови и мочи, пробы Нечипоренко, Зимницкого; определяли группу крови и резус-фактор; биохимические исследования, осуществляли анализ микрофлоры содержимого влагалища и отделяемого цервикального канала.

При дуплексном ангиосканировании венозной системы нижних конечностей и малого таза определяли диаметр просвета основных венозных стволов, наличие или отсутствие рефлюкса, проходимость вен, характер венозного тока крови.

Результаты. Проведен анализ структуры и частоты осложнений беременности у 68 пациенток основной группы с ВБ. Отмечено, что в I и II триместрах беременности частыми были явления угрозы прерывания и преждевременных родов, наиболее выраженные в 3-й подгруппе. Весьма значимой была доля пациенток с отеками, гипертензией, нарастающими при наиболее сложных формах ВБ (31,5% против 16% соответственно в 3-й и 1-й подгруппах). У пациенток основной группы компенсированная форма плацентарной недостаточности (ПН) чаще диагностировалась после 32 нед, субкомпенсированная до 32 нед; Плацентарная недостаточность начинала проявляться наиболее часто у пациенток 3-й подгруппы по сравнению с данными у пациенток 1-й подгруппы).

Констатировано значительное число осложнений беременности, основными из которых были угроза прерывания беременности, гипертензия, патология мочевого выводной системы. Определены особенности и корреляции гемодинамических



параметров, тип эктазии сосудистых сплетений, диаметр маточных и подвздошных вен, венозного сплетения широких связок, характер кровотока в венах при нормальном и осложненном варикозной болезнью течении беременности.

Заключение. Выраженность осложнений беременности и изменений флебогемодинамики у беременных с варикозной болезнью вен нижних конечностей и малого таза зависит от наличия и степени тяжести хронической венозной недостаточности.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН ИСПОЛЬЗУЮЩИХ МЕТОД ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ.

Мамажонova С.О., Одилбекова М.М.
Кафедра акушерства и гинекологии АГМИ

При применении ВМС возможно развитие осложнений в виде экспульсии ВМС, развития воспалительных явлений и нарушения менструального цикла

Цель: определить уровень провоспалительных цитокинов в сыворотке крови женщин с ВМС и их связь с длительностью ношения ВМС.

Материал и методы исследования. Обследовано 91 женщин репродуктивного возраста (от 17 до 36 лет), применяющих медь содержащие ВМК в течение от 1 до 5 лет года (основная группа). Контрольную группу составили 14 практически здоровых женщин репродуктивного возраста без ВМК. В сыворотке крови определение уровня провоспалительных цитокинов (интерлейкины IL-1 β , IL-6 и фактор некроза опухоли TNF- α) проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-систем «Вектор-Бест» (Россия, Новосибирск) [11]. Проведенные исследования показали, что уровень провоспалительных цитокинов в сыворотке крови возрастала в 1,79; 1,31 и 1,49 раза по сравнению с показателями контрольной группы. В дальнейшем (через 3 и 6 месяцев) после вставления ВМС если уровень IL-6 в сыворотке крови обследованных женщин основной группы снижались до значений контрольной группы женщин, то содержание IL-1 β достоверно превышало значения нормы в 1,53 и 1,49 раза, а TNF- α – в 1,4 и 1,29 раза, соответственно срокам.

Выводы: 1) длительное ношение внутриматочных медьсодержащих спиралей приводит к развитию воспалительных процессов и кровотечениям. 2) уровень ИЛ-1, ИЛ-6 и ФНО- α в возрастает, особенно у пациенток с наличием воспалительных процессов в органах малого таза и прямо пропорционален длительности ношения ВМС.



ФАКТОРЫ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ДО И ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ВМС.

Мамажонova С.О., Одилбекова М.М.
Кафедра акушерства и гинекологии АГМИ

Цель. Определить значимость активизации провоспалительных цитокинов в смывах цервикального канала у женщин применяющих ВМС в развитии воспалительных процессов в органах малого таза.

Материалы и методы. Обследовано 58 женщин репродуктивного возраста (от 17 до 36 лет), применяющих медьсодержащие ВМК в течение 6 месяцев (основная группа). Контрольную группу составили 14 практически здоровых женщин репродуктивного возраста без ВМК. В смывах из цервикального канала определяли содержание провоспалительных цитокинов (интерлейкины IL-1 β , IL-6 и фактор некроза опухоли TNF- α) проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-систем «Вектор-Бест» (Россия, Новосибирск).

Результаты. Уровень провоспалительных цитокинов в смывах цервикального канала через 24 часа после вставления ВМК статистически значимо возрастал в 2,11; 1,93 и 2,23 раза по сравнению с показателями контрольной группы (табл. 1). Выявлены следующие отличительные особенности, так если содержание IL-6 через 40 дней, 3 и 6 месяцев приближался к норме, то уровень IL-1 β достоверно превышал значения нормы в 1,94; 1,61 и 1,78 раза, а TNF- α – в 1,72; 1,47 и 1,52 раза, соответственно срокам.

Вывод. 1) В смывах из цервикального канала женщин с ВМК уровень цитокинов возрастает, особенно у пациенток с наличием воспалительных процессов в органах малого таза.

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ.

Мамажонova С.О.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Инфекции моче **Выводящих** путей являются наиболее частым гестационным осложнением. Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных пиелонефрит занимает второе место. Гестационный пиелонефрит осложняет течение беременности у 1 - 17% женщин, и на его фоне нередко развиваются серьезные акушерские осложнения, частота таких осложнений не имеет тенденции к снижению.

Целью нашего исследования является выявление корреляционной связи между бессимптомной бактериурией и инфекциями моче **Выводящих** путей, частотой осложнений перинатального периода.



Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 46 историй родов, проведено комплексное обследование клиническое, бактериологическое и ультра-звуковое. Средний возраст беременных составил 22 ± 1 года. Первородящих было 50,7%, повторнородящих 49,3 из них многорожавших 5% интергенетический интервал составил 1,5-2 года в 20% случаев.

Результаты наших исследований показали следующее: при ретроспективном анализе 46 историй родов установили, что группу риска на развитие пиелонефрита, составляют беременные и роженицы у которых при бактериологическом исследовании мочи была обнаружена бактериурия. У первородящих и много рожавших пиелонефрит возникает гораздо чаще. Наиболее часто пиелонефрит развивался во втором триместре беременности (61%). Из анамнеза у 18% беременных в детстве отмечались явления цистита и воспалительные изменения в анализе мочи, но лечение не проводилось. В 61,1% случаев выявлены: лейкоцитурия, на УЗИ обнаружена у 84,8% женщин нарушение уродинамики.

Осложнения беременности и родов развивалась в 48% случаев: преэклампсия лёгкой, тяжелой степени 35%, выкидыши 8%, преждевременные роды 2%, синдром задержки развития плода 2%, кровотечения в третьем периоде 1%. Роды кесаревым сечением за-кончились в 4 случаях. Из 46 беременных реализация пиелонефрита произошла у 24() беременных

Вывод: бессимптомная бактериурия достоверно увеличивает риск развития инфекций мочевыделительной системы и как следствие увеличивает частоту перинатальной патологии.

ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ФАКТОРОВ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

МАМАСАЛИЕВ Н.С., КАЛАНДАРОВ Д.М., КУРБОНОВА Р.Р., УСМОНОВ Б.У.

АФ и ФФ РНЦЭМП, АндГосМИ

Как известно, в 90-х годах XX века проведено большое количество исследований, направленных на поиск факторов риска внезапной сердечной смерти (ВСС), коррелирующих с развитием ВСС. К сожалению, они все проводились в зарубежных популяциях и не всегда отражают всю лиц с кардиальными патологиями.

Однако, несомненно, **Результаты** этих исследований имеют большое клиническое значение в понимании вопросов ВСС.

В исследованиях последних лет мало внимания уделяется роли эпидемиологических факторов в развитии ВСС у кардиальных больных, тогда как именно они должны насторожить практикующих врачей при выборе и реализации профилактических программ у пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями.



Цель исследования – изучение преваленса и определение предикторов внезапной сердечной смерти в современной популяции Ферганской долины.

Материалы и методы. Проведено одномоментное (поперечное) исследование контингента умерших (1639 человек), сформированного методом сплошной выборки из всех лечебных учреждений г.Ферганы. С применением эпидемиологических, клинических, биохимических, инструментальных и морфологических критериев на основании врачебных свидетельств о смерти (942 мужчин и 697 женщин), историй болезни и данных патологоанатомических вскрытий установлены преваленс и предикторы ВСС.

Результаты и Выводы. Преваленс ВСС составила в современной женской популяции – 42,5%, а в мужской – 57,5% ($P < 0,05$). Ухудшение, приведшее к ВСС, развилось мгновенно в 87,6% случаев, а в 1,8% случаях пациенты успели предъявить информации. Выявлены следующие предикторы ВСС: признаки ишемии миокарда – у каждого второго пациента (50,4%), признаки электрической нестабильности миокарда – у 40% пациентов, эпизоды злокачественных желудочковых аритмий – у 38,5%, эпизоды фибрилляции желудочков – у 33,6%, эпизоды тахикардии – у 39,6%, синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта – у 0,9% пациентов и врожденный синдром удлиненного QT – у 4% пациентов.

В целом, нами отмеченные **Результаты** показывают, во-первых, на необходимость дифференцированного подхода к разработке профилактических программ и, во-вторых, реализации плановых лечебных мероприятий в отношении ВСС с учетом установленных его предикторов в современной популяции Ферганской долины.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА В КОМОРБИДНЫХ СИТУАЦИЯХ.

Мамасолиев Б.М.1,2

1 Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии. Ташкент, Узбекистан

2 Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.

Введение: В литературе часто отмечают связь венозной недостаточности также является неблагоприятным фактором для развития тромбообразования после хирургического лечения коленного сустава. Стазис, венозная гипертензия и хроническое воспаление окружающих тканей могут усугубить артритические нарушения. Поэтому лечение венозных заболеваний рекомендуется перед ортопедической операцией, чтобы уменьшить риск тромбоза и улучшить трофику кожи.

Цель исследования: снизить риск тромбоза и осложнений при хирургическом лечении остеоартрита коленного сустава в коморбидных ситуациях.



Материалы и методы: в узловой объединенной больнице на станции Самарканд (Узбекистан) в период с 2019 по 2021 годы было выполнено 552 операции на коленном суставе. Из них 168 операций были проведены у пациентов с остеоартритом коленного сустава, а 86 пациентов имели диагноз остеоартрита коленного сустава и хронической венозной болезни нижних конечностей и были подвергнуты хирургическому вмешательству. Артроскопическую операцию прошли 41 пациент (47,6%), а эндопротезирование коленного сустава было выполнено у 45 пациентов (52,4%).

Пациенты были разделены на две группы в зависимости от времени лечения. Проспективная группа включала 44 пациента, а ретроспективная группа - 42 пациента. Среди них было 74 женщины (86,04%) и 12 мужчин (13,95%). Средний возраст пациентов составил около 57,5 лет (от 40 до 75).

Классификация стадий остеоартрита коленного сустава была определена в соответствии с международной классификацией Kellgren & Lawrence, которая включает 5 стадий. Для удобства выбора лечебных мероприятий была разработана рабочая классификация, где 0-1 стадия соответствовала I степени, II стадия - II степени, а III-IV стадия - III степени.

Для классификации Х ВБ (хронической венозной болезни) была разработана рабочая классификация на основе классификации CEAP. В данном случае использовалась только клиническая классификация (C) для упрощения выбора диагностических и лечебных мероприятий. Согласно этой классификации, выделялись следующие степени:

- 0-1 степень (C0-C1-C2-3) - отсутствие клинических симптомов, наличие телеангиоэктазий/ретикулярных вен, преходящий отек и синдром "тяжелых ног";
- 2 степень (C2-C3-C4) - наличие клинических симптомов, стойкий отек, гипопигментация, липодерматосклероз (фибродема), дерматит, экзема, жжение кожи, чувство распирания и судороги;
- 3 степень (C2-C3-C4-C5-C6) - наличие тромбозов, гиперпигментации, липодерматосклероза, трофических язв (активных или заживших).

Для каждого пациента проводилась консультация ортопеда-травматолога и сосудистого хирурга, которые проводили полное объективное клиническое и инструментальное обследование перед первичным приемом. Это позволяло определить степень остеоартрита коленного сустава и классификацию хронической венозной болезни, что в свою очередь помогало выбирать соответствующие диагностические и лечебные мероприятия для каждого пациента.

Результаты и обсуждение. После применения разработанного алгоритма и стратегии ухода у пациентов, подвергшихся ретроспективному исследованию, было обнаружено, что 9 пациентов (10,4%) развили тромбоз сафенофemorального соустья (бедренно-подколенного сегмента) в течение 5-7 дней после выписки после эндопротезирования коленного сустава. В то же время, в проспективной группе не было зарегистрировано случаев тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Среди послеоперационных венозных осложнений отмечены 3 случая



флебита БПВ (воспаления поверхностных вен) после артроскопии коленного сустава, что составляет 3,4% от общего числа случаев. Все случаи тромбоза были успешно устранены сосудистыми хирургами в срочном порядке.

Выводы: согласно результатам нашего исследования, правильная профилактика может снизить частоту послеоперационных тромбоэмболических осложнений до 10,4%, несмотря на то, что флебит БПВ наблюдался у 3,4% пациентов, при этом данное осложнение не представляет угрозы для их жизни.

ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Мамасолиев З.Н., Камилов Х.М., Мамасалиев Н.С., Хакимова З.К., Курбонова Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучение особенности течения общей соматической патологии и факторов риска развития заболеваний органа зрения у долгожителей проживающих в различных климато-географических зонах Узбекистана.

Материал и методы: В основу проведенного исследования заложен комплексный подход путем изучения состояния заболеваемости и инвалидности вследствие офтальмологической патологии у долгожителей, проживающих в различных климатических зонах Узбекистана, установление факторов риска и характера общесоматической патологии.

Исследования проводились в период с 2020 по 2022 год в Андижанском Государственном медицинском институте и в Ташкентском институте усовершенствования врачей с выездом в Андижанскую, Ферганскую, Наманганскую, Кашкадарьинскую и Джизакскую вилояты. Для изучения существующих местных факторов риска, а также особенностей поражения органа зрения у долгожителей различных климатических зон были выделены следующие регионы: долина, включающая Андижанскую, Ферганскую, Наманганскую вилояты; горная, включающая некоторые районы Кашкадарьинского вилоята; степная, включающая Джизакский вилоят.

Результаты и обсуждение: Для долгожителей Ферганской долины характерны высокая встречаемость атеросклероза сосудов головного мозга, ИБС, гипертонической болезни, а также заболеваний опорно-двигательной системы. У долгожителей Джизакского вилоята наиболее распространены атеросклероз сосудов головного мозга и ИБС. Также отмечено высокое число пациентов с гипертонической болезнью, заболеваниями желудочно-кишечного тракта и анемией, что напрямую связано с сухим и жарким климатом данного региона. Наряду с этим, было установлено,



что 136 пациентов, долгожителей Кашкадарьинского вилоята ведут малоподвижный образ жизни.

Выводы: Аналитический разбор полученных результатов (R) показал, что факторы «отягощенная наследственность», «солнечная инсоляция» и «возраст» имеют высокую степень встречаемости. Факторы как «преимущественно углеводное питание», «курение», «злоупотребление алкоголя» имеют среднюю степень, а факторы «пол» и «ожирение» имеют низкую степень встречаемости. Таким образом, актуальным является выяснение факторов риска, способствующих возникновению и развитию или усугубляющих течение ЗОЗ у долгожителей. Высокая распространенность, сочетание нескольких факторов риска ЗОЗ у пожилых пациентов требует применения многофакторных профилактических мероприятий.

МОНИТОРИНГ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОННОЙ ПРОГРАММЫ

**Усмонов Б.У., Мамасолиев З.Н., Хакимова З.К., Мамасалиев Н.С., Курбонова Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования - совершенствование организации медицинской помощи долгожителям Ферганской долины Республики Узбекистан, путем создания электронной программы по их мониторингованию.

Материал и методы. Разработана электронная программа «Карта медицинского мониторинга долгожителя» внедрена у 413 долгожителей, проживающих в областях Ферганской долины Узбекистана (105 жителей Андижанской области, 222– жителей Ферганской области и 86 – жителя Наманганской области).

В программе имеются разделы: паспортный (место жительства, город или село, год рождения, профессия, анамнестический (жалобы, факторы риска, выявленная глазная патология со всеми параметрами объективного и субъективного обследования, данные о наличии инвалидности, данные выявленных сопутствующих заболеваний). На основании полученных данных семейный врач и офтальмолог могут определить группу риска возникновения заболеваний. Кроме того, есть раздел, куда закладываются данные осмотра и данные методов исследования. Имеется вкладка, где выставляется диагноз (с датой): форма, стадия, компенсация, чем компенсировано, сопутствующая патология, осложнения и т.д. Вкладка лечения: метод и режим, тактика ведения, сроки повторных осмотров.

Результаты. Анализ внедрения карты в течении 1 года и оценка качества мониторинга показала, что мониторинг за долгожителями и преемственные действия между специалистами различных звеньев здравоохранения привели к тому, конкретизировалась работа семейного врача и медицинской сестры (патронажа),



упорядочились и скоординировались действия семейного врача и офтальмолога и других узких специалистов, на 30% сократились дублирующие методы исследования, в 3,5 раза улучшилось состояние долгожителей по компенсации имеющихся заболеваний.

Выводы. Электронная программа «Карта медицинского мониторинга долгожителя» позволяет повысить качество мониторинга долгожителей, так как обобщает всю информацию о долгожителях Ферганской долины Узбекистана, позволяет избежать проведения дублирующих методов исследования и действий. Карта даёт возможность провести экспертную оценку сроков выявления заболевания, адекватности и своевременности лечебно-диагностического процесса и диспансеризации, компетентности врачей.

РОЛЬ САНАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХОЛЁГОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИВЛ

Маматкулова Н.Ж., Кодиров Р.И

Андижанский Государственный медицинский институт

АФ РНЦЭМП, Узбекистан.

Применение обычных санационных катетеров при пролонгированной искусственной вентиляции лёгких (ПИВЛ) для удаления содержимого из трахеобронхиального дерева наряду с не всегда эффективной аспирацией значительно травмирует их слизистую оболочку, а механизм травмы в этом случае заключается в плотном соприкосновении среза катетера со слизистой оболочкой во время аспирации, инвагинации ее через торцевое или боковое отверстие под действием разрежения и появления кровоизлияний.

Цель исследования: оценить адекватность и эффективность санационных мероприятий в профилактике бронхолёгочных осложнений при проведении ПИВЛ.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 57 пациентов, находящихся в ОРИТ на ПИВЛ РНЦЭМП АФ за период 2020-2023г. Всем больным проводилась ПИВЛ, в режимах PCV, VCV, на аппаратах VELLA и VELLA+фирмы VIASIS. Повреждения слизистой оболочки при аспирации содержимого бронхов при проведении бронхофиброскопии (БФС) оценивали по классификации изменений слизистой оболочки трахеи, предложенной И.Амикат и соавт.(1972г.).

Результаты. Кровоизлияния на слизистой оболочке в области трахеи (29 больных), бифуркации (34 больных), и правого главного бронха (22 больных) были отмечены у 53 больных (92,9%), находящихся на ПИВЛ подвергавшихся регулярной санации трахеобронхиального дерева с помощью санационного катетера.

Выявлено, что травм слизистой оболочки зависит не столько от формы и материала катетера, сколько от частоты повторяемых аспираций, силы и глубины



введения, длительности непрерывной аспирации и степени разрежения. Определено, наличие хотя бы одного бокового отверстия на дистальном конце катетера существенно уменьшает травмирующий эффект аспирации, в отличие от катетеров с торцевыми отверстиями, что способствует уменьшению геморрагических осложнений.

Доказано, что аспирация содержимого бронхов при проведении БФС, увеличивает эффективность санации и уменьшает травму слизистой оболочки трахеобронхиального дерева, неизбежную при многократном введении санационного катетера вслепую. Определено, что БФС у больных, находившихся на респираторе, устраняет не только воспалительные и обтурационные осложнения, но и предупреждает вентиляционные нарушения, вызванные неправильным положением интубационной трубки. Слишком глубокое проведение трубки сопряжено с опасностью выключения из дыхания одного легкого (чаще левого), а неглубокое – сопровождается травмированием голосовых связок раздутой манжетой. В сомнительных ситуациях у 7 пациентов (12,2%) БФС позволила точно установить причины неудовлетворительной вентиляции. Кроме того, БФС контроль способствовал мониторингу переносимости ПИВЛ и проведению необходимой трахеостомии в 45 случаях (78,9%).

Определено, что по мере увеличения продолжительности интубации значительно возрастает число больных с I и II степенью изменений слизистой оболочки. У 5 (8,7%) больных выраженные изменения трахеальной стенки в области манжетки (II степень) были обнаружены уже к концу 3-х суток с момента интубации, когда у большинства больных слизистая оболочка была не изменена 14 (24,5%) больных, или изменена незначительно 38 (66,6%) больных. На 5-е сутки значительные изменения слизистой оболочки отмечены у 13 (22,8%) больных, а на 7-е сутки – уже у 28 (49,1%).

Наряду с этим у 52 больных до 2 – 3-х суток изменения слизистой оболочки были незначительными или отсутствовали. Незначительными оставались изменения слизистой оболочки у 19 (33,3%) больных и на 5-е сутки ПИВЛ, когда у 7 больных (12,2%) появились уже резкие изменения (III степень). И даже на 7-е и 8-е сутки, когда у большей части больных выявлялись выраженные и резкие изменения слизистой оболочки, у небольшого числа больных сохранялись признаки лишь незначительно выраженных изменений.

Вывод: Применение санации трахеобронхиального дерева необходимо для профилактики бронхолегочных осложнений у больных находящихся на ПИВЛ. Многократные введения санационного катетера вслепую увеличивают травмирующий эффект на слизистую трахеобронхиального дерева и способствуют увеличению геморрагических осложнений. Комбинация санационных мероприятий (катетером и БФС) является одним из важных компонентом лечебно-диагностического комплекса у больных, находящихся на ПИВЛ, который не только устраняет воспалительные и обтурационные осложнения, предупреждает вентиляционные нарушения, увеличивает эффективность санации и уменьшает травму слизистой оболочки, но и позволяет проводить эндоскопический мониторинг изменений трахеобронхиального дерева при ПИВЛ.



ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ

Маматкулова Р.И

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность темы: **Актуальность** темы "Лечение и диагностика гестационного диабета у беременных" заключается в том, что гестационный диабет является одним из наиболее распространенных осложнений беременности и может повлечь за собой серьезные последствия для здоровья матери и ребенка. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, гестационный диабет диагностируется у 1 из 7 беременных по всему миру, а без своевременной диагностики и лечения может привести к преждевременным родам, высокому риску развития диабета у ребенка и другим серьезным осложнениям. Поэтому разработка эффективных методов диагностики и лечения гестационного диабета является актуальной задачей современной акушерской практики.

Цель исследования: Изучение эффективности различных методов диагностики гестационного диабета у беременных.

Оценка эффективности различных методов лечения гестационного диабета у беременных для предотвращения осложнений у матери и ребенка.

Изучение факторов риска, способствующих развитию гестационного диабета у беременных, и разработка методов его профилактики.

Оценка качества жизни беременных с гестационным диабетом и эффективности программ раннего выявления и лечения данного заболевания.

Материалы и методы исследования: Ретроспективный анализ медицинских карт беременных женщин с диагнозом гестационного диабета для определения эффективности различных методов лечения.

Продолжительное наблюдение за беременными женщинами, которые были диагностированы с гестационным диабетом, для оценки качества жизни и осложнений у матери и ребенка.

Клиническое исследование сравнительной эффективности различных методов диагностики гестационного диабета, таких как тест на глюкозу в крови и гликированный гемоглобин.

Изучение факторов риска, таких как возраст, индекс массы тела, наследственность и т.д., у беременных женщин, у которых развился гестационный диабет.

Оценка качества программ раннего выявления гестационного диабета и их эффективности для предотвращения осложнений у матери и ребенка

Результаты исследования: Использование диеты и умеренной физической активности было эффективным в лечении гестационного диабета у большинства беременных женщин.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Лечение инсулином было необходимо только у небольшого количества беременных женщин с гестационным диабетом, у которых были более высокие уровни глюкозы в крови.

Тест на гликированный гемоглобин был более точным методом диагностики гестационного диабета по сравнению с тестом на глюкозу в крови.

У беременных женщин, у которых развился гестационный диабет, был повышен риск осложнений, таких как преэклампсия, родовая травма и макросомия (рождение крупного ребенка).

Программы раннего выявления гестационного диабета и его лечения были эффективны в предотвращении осложнений у матери и ребенка.

Вывод: Раннее выявление и лечение гестационного диабета является важным для предотвращения осложнений у матери и ребенка.

Использование диеты и умеренной физической активности должно быть первым шагом в лечении гестационного диабета у большинства беременных женщин.

У некоторых беременных женщин может потребоваться лечение инсулином для контроля уровня глюкозы в крови.

Тест на гликированный гемоглобин является более точным методом диагностики гестационного диабета по сравнению с тестом на глюкозу в крови.

Беременные женщины с гестационным диабетом имеют повышенный риск осложнений, поэтому им необходимо тесное медицинское наблюдение и своевременное лечение.

Программы раннего выявления гестационного диабета и его лечения должны быть широко внедрены для улучшения здоровья матери и ребенка, родам, высокому риску развития диабета у ребенка и другим серьезным осложнениям. Поэтому разработка эффективных методов диагностики и лечения гестационного диабета является актуальной задачей современной акушерской практики.

СОВРЕМЕННАЯ РАБОЧАЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЯ ОТЕКА И НАБУХАНИЯ ГОЛОВНОГОМОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ(ТЧМТ)

Маматов Б.Ю

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Посттравматический отек и набухание головного мозга, и связанная с ним внутричерепная гипертензия в значительной степени определяют течение и исход тяжелой черепно-мозговой травмы. Развивающиеся запрограммированные вторичные изменения в головном мозге после ТЧМТ, и их выраженность определяют прогноз для



жизни больного. Поэтому правильно выбранная тактика на каком бы этапе не находился больной (квалифицированной или специализированной помощи), имеет решающее значение.

Цель исследования. Изучить и систематизировать этапы развития отека, и набухания головного мозга (ОНГМ) у больных с ТЧМТ и создать рабочую классификацию отека и набухания головного мозга при тяжелой черепно-мозговой травме. На основе личного опыта, и литературных данных.

Материалы и методы исследования. Проведя анализ лечения 160 больных, с 2020 г. по 2023 г. (в возрасте 18-45 лет, мужского пола), с отеком и набуханием головного мозга при ТЧМТ, у всех больных отмечается клиника отека и набухания головного мозга, вследствие самой травмы и сопутствующих осложнений (аспирационного синдрома и др.).

Рабочая классификация отека и набухания головного мозга при тяжелой черепно-мозговой травме (баратов б.и.).

I. По механизму действия: 1. ЧМТ (зона удара, противоудара); 2. Ликворный удар (зоны воздействия ликвора в момент травматического воздействия);

3. Политравма.

II. По локализации: 1. от расположения зоны поражения (от зоны травмы). а)

Локальная зона отека и набухания головного мозга (асимметричная, одностороннее расположение); б) Множественные зоны отека и набухания головного мозга (симметричная, двухстороннее множественное расположение); 2. от расположении зоны отека, и набухания головного мозга. а) вокруг зоны поражения (очага ушиба, размозжения, гематомы, инородного тела и др.); б) диффузно (полушарным - с распространением на полушарие мозга, диффузным - с распространением на оба полушария), вне зависимости от зоны поражения (при вторичном поражении: гипоксии, интоксикации, ишемии, и др.).

III. По степени компенсации: 1. Компенсированный (без дислокационного синдрома), саногенетически запрограммированный отек и набухание головного мозга; 2. Субкомпенсированный (с дислокационным синдромом, без нарушения витальных функций); 3. Декомпенсированный (с дислокационным синдромом, с нарушением витальных функций), чрезмерный саногенетический механизм приводящий к патологическим изменениям.

IV. В зависимости от вида отека, и набухания головного мозга: 1. Отек головного мозга (в белом, и сером веществе головного мозга): а) вазогенный (нарушение функции ГЭБ); б) осмотический (при сохранении ГЭБ, повышение осмотического давления вне-клеточного пространства относительно сосудистого сектора); в) гидроцефалический (интерстициальный). 2. Набухание головного мозга (по локализации в сером веществе головного мозга): а) цитотоксический; б) ишемический. 3. Отек, и набухание головного мозга. (в белом, и сером веществе головного мозга).



V. В зависимости от морфологических изменений в головном мозге (по данным МСКТ):
1. При наличии контузионных очагов (I – II видов); 2. При наличии гематом (III –IV видов);
3. При наличии инородных тел образований (металлических, костных осколков, абсцессов и др.).

VI. В зависимости от степени повышения ВЧД (в норме 100-200мм.вод.ст., 7-15 мм.рт.ст.): 1. повышенное 200-300 мм.вод.ст., (15-20 мм.рт.ст.); 2. умеренно повышенное 300-400 мм.вод.ст. (20-30 мм.рт.ст.); 3. критическое повышение 400-500 мм.вод.ст. (30 мм.рт.ст.);, и выше.

VII. В зависимости от временного фактора (отек и набухание головного мозга не факт а динамический процесс): 1. 1-3 сутки (острейший период ТЧМТ); 2. 3-7 сутки (острый период ТЧМТ); 3. 7-14 сутки (подострый период ТЧМТ); 4. 14- 21 сутки, до 6 месяцев (период исходов при ТЧМТ, вегетативное состояние и другие варианты).

VIII. По виду гидроцефалии: 1. Дислокационная (ассиметричная); 2. Окклюзионная; 3. Открытая (гиперрезоптивная).

IX. По виду осложнений. 1. Церебральные осложнения: а) дислокационный синдром; б) ликворея; в) менингит, энцефалит, менинго-энцефалит, венитрикулит. 2. Экстрocereбральные осложнения: а) полиорганная недостаточность; б) сепсис.

X. В зависимости от нарушения витальных функций: 1. Показателей ЦНС (сознания, наличие судорог, и др.); 2. Показателей сердечно-сосудистой системы (АД, пульса, ЦПД, ЦВД, и др.); 3. Показателей дыхательной системы (тип дыхания, частота дыхания, сатурация кислорода в крови и другие показатели).

Вывод. Разработанная рабочая классификация отека и набухания головного мозга при ТЧМТ, даст возможность проводить обоснованную интенсивную терапию, в зависимости от периода ТЧМТ, и самого осложнения (ОНГМ). У практических врачей появиться четкая классификация для проведения адекватной интенсивной терапии отека и набухания головного мозга, на всех этапах медицинской помощи при ТЧМТ.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ТРАХЕОСТОМЫ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ (ТЧМТ)

Маматов Б.Ю

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

При тяжелой черепно-мозговой травме развиваются запрограммированные вторичные изменения, одним из грозных осложнений является дыхательная



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



недостаточность, которая требует проведения длительной искусственной вентиляции легких с подачей увлажненного кислорода. В зависимости от тяжести состояния больного, и предполагаемого прогноза решается вопрос о времени, операции трахеостомии. По данным некоторых авторов операцию проводят, на третьи или пятые сутки, после начала проведения искусственной вентиляции легких. Некоторые авторы предлагают при тяжелом состоянии больного проводить операцию на первые, вторые сутки. Во всех случаях после наложения трахеостомы, развиваются осложнения, выраженность их разная.

Цель исследования. Изучить и систематизировать, в рабочую классификацию осложнения которые развиваются у больных с ТЧМТ после наложенной трахеостомы.

Материалы и методы исследования. Проведя анализ лечения 100 больных, с ТЧМТ, с 2018 г. по 2023 г. (в возрасте 18-50 лет, мужского пола), которым проводилась искусственная вентиляция легких, и на пятые сутки была проведена операция трахеостомия, у всех развились осложнения, в разный временной период, и разной степени тяжести. Всем больным проводилась корригирующая терапия, в двадцати случаях проводилась пластика трахеи по поводу циркулярного стеноза (в 10 случаях над трубкой, и в 10 случаях, ниже трубки), после рецидива бронхоскопического вмешательства (проводилась коагуляция). Все осложнения, которые развиваются после наложения трахеостомии, были разделены на три группы в зависимости от временного фактора. Все эти осложнения вызывали нарушения проходимости внутреннего просвета трахеостомической трубки, и разные степени дыхательной недостаточности. Вплоть до полной обтурации просвета трахеостомической трубки. Рабочая классификация осложнений после трахеостомии . группа: ранние осложнения, 1-5 сутки. 1- развития кровотечения в области наложенной трахеостомы. Как затекание крови в трахею, под кожу, или наружу; 2 - перегиб манжеты трахеостомической трубки (очень редко встречается); 3 - при наложении трахеостомы повреждение задней стенки трахеи, и формирование перфорации пищевода. 4 -При многократном использовании трахеостомической трубки, возможно нарушении функции клапана через который вводится воздух в раздвинутую манжету, в этом случае, манжета не будет выполнять свою функцию. И воздух поступающий через трахеостомическую трубку, будет перемещаться через ротоглотку наружу, и будет слышно бульканье урчание, а также будет развиваться гипоксия, и аспирация; 5 - выход трахеостомической трубки из трахеи, или неправильная установка трахеостомической трубки. 2 группа: отсроченные осложнения 5-10 сутки: 1- развития кровотечения в области наложенной трахеостомы, затеканием крови в трахею, под кожу, или наружу. Инфицирование послеоперационной раны; 2- обтурация просвета трахеостомической трубки кровью, сгустками крови, мокротой; 3-. выход трахеостомической трубки из трахеи, или неправильная установка трахеостомической трубки; 4- когда внутренний конец трахеостомической трубки упирается в слизистую стенку трахеи, и приводит к образованию эрозий; 5 -при многократном использовании



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



трахеостомической трубки, возможно нарушении функции клапана через который вводится воздух в раздувную манжету, в этом случае, манжета не будет выполнять свою функцию. И воздух поступающий через трахеостомическую трубку, будет перемещаться через ротоглотку наружу, и будет слышно бульканье урчание, а также будет развиваться гипоксия, и аспирация. 3 группа: отдаленные осложнения с 11 суток до 1 месяца (возможно до 6 месяцев). 1- развития кровотечения в области наложенной трахеостомы. Как затеканием крови в трахею, под кожу, или наружу. Инфицирование послеоперационной раны, возможно развитие трахеомалеции; 2- обтурация просвета трахеостомической трубки кровью, мокротой. 3- образование стенозов в области нижнего конца трахеостомической трубки (что может быть обусловлено развитием сначала эрозий в месте контакта конца трубки об слизистую (или вследствие грубой санации, при проведении бронхиального лаважа), а в дальнейшем образованием стеноза вследствие гипергрануляции слизистой, возможен вариант циркулярного образования стеноза). И образование стеноза на слизистой трахеи в области верхнего полюса над трахеостомической трубкой (на «12 часах»), в виде «козырька», что может быть обусловлено, техникой наложения трахеостомы, или индивидуальной особенностью организма, и склонностью к гипергрануляциям; 4- выход трахеостомической трубки из трахеи, при неадекватной фиксации, или насильственной установки; 5- когда внутренний конец трахеостомической трубки упирается в слизистую стенку трахеи, и приводит к образованию эрозий, а в дальнейшем и к трахео-малеции; 6- когда внутренний конец трахеостомической трубки упирается в слизистую стенку трахеи, и приводит к образованию эрозий, а потом к повреждению задней стенки трахеи, и формированию перфорации пищевода, с образованием трахео - пищеводной фистулы. 7- при многократном использовании трахеостомической трубки, возможно нарушении функции клапана, через который вводится воздух в раздувную манжету, в этом случае, манжета не будет выполнять свою функцию. И воздух, поступающий через трахеостомическую трубку, будет перемещаться через ротоглотку наружу, и будет слышно бульканье-урчание, а также будет развиваться гипоксия, и аспирация. При уходе за трахеостомической, и эндотрахеальной трубкой часто рекомендуют спускать манжету, что при неадекватной аспирации ротоглотки может привести к аспирационному синдрому. Поэтому рекомендуется адекватно санировать ротоглотку перед манипуляциями с манжетой. Даже надманжеточная аспирация (при использовании дан-ной модификации трубок), не гарантирует полностью от аспирации. Показания к удалению трахеостомической трубки: 1. Восстановление функции глотание. 2. Полное смыкание голосовой щели. 3. Отсутствие стенозов (в трахеи), и грубых рубцов на коже в области стояния трахеостомической трубки затрудняющих дыхание. 4. Восстановление кашлевого рефлекса. 5. Отсутствие гнойно-воспалительных осложнений в области стояния трахеостомической трубки. 6. Стабильный психологический статус больного (отсутствие трубки иногда беспокоит пациента). Методики удаления трахеостомической трубки. 1. Каждые 1-2 дня устанавливается трубка меньшего диаметра (если стояла №9, то



устанавливается №8 и так далее). 2. Просто удаляется трубка и накладывается стерильная салфетка. При этом методе чаще развиваются рубцы неправильной формы. Возможные причины развития стенозов. 1. Грубое, травматичное хирургическое вмешательство. 2. Неправильный уход за трахеостомической трубкой (внутренний конец трубки упирается в слизистую трахеи, грубые манипуляции с трубкой при проведении санации, бронхоскопии, или при смене трубки). 3. Повышенная склонность организма к образованию стенозов, рубцов. 4. Длительное нахождение трубки. 5. Воспалительные процессы вокруг трубки (на коже, и на слизистой). 6. Возможно действие материал на кожу и слизистую, из которого сделана трубка.

Вывод. Разработанная рабочая классификация осложнений после наложения трахеостомы у больных с ТЧМТ, даст возможность выбрать правильную тактику ведения больных с данным видом осложнений, и при необходимости своевременно проводить реконструктивные операции, на фоне интенсивной терапии. У практических врачей появиться четкая классификация для проведения адекватной профилактических мероприятий в комплексном лечении больных с ТЧМТ. Рекомендованы показания, и методы, к удалению трахеостомической трубки. Указаны причины развития стенозов. С учетом личного опыта.

ДЕКСМЕТОМИДИН, КАК АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ АДЬЮВАНТ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Маматов Б.Ю.

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Введение. Растущая популярность эндоскопической хирургии, диктует необходимость оптимизации анестезиологического пособия и адаптации его к особенностям оперативного вмешательства. Экспериментально доказано, что точно так же как и эндогенные опиоиды, биогенные амины (серотонин и норадреналин) являются нейротрансмиттерами собственной антиноцицептивной системы. На примере одного из первых адренергических препаратов – клонидина, мы располагаем данными, целиком и полностью обосновывающими применение α_2 -адреномиметиков как полезной составляющей анальгетического компонента общей анестезии. В середине восьмидесятых годов прошлого столетия был синтезирован новый, более селективный и управляемый агонист центральных α_2 -адренорецепторов – дексметомидин. Большинство зарубежных исследований, оценивавших анальгетические свойства дексметомидина, однозначно подтверждают снижение количества используемых опиоидов и



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



выраженность послеоперационного болевого синдрома благодаря совместному применению препаратов. Однако есть и противоположные мнения, ставящие под сомнение снижение болевого порога, связанное с его применением. Отечественный опыт интраоперационного применения дексмедетомидина значительно скромнее. Тем не менее, первые же **Результаты** испытаний подтверждают его высокую эффективность.

Цель работы. Задачей нашего исследования было оценить эффективность применения дексмедетомидина как составляющей анальгетического компонента общей анестезии при проведении лапароскопических операций гинекологического и общехирургического профиля.

Материалы и методы. Было обследовано 55 пациентов, подвергшихся плановому оперативному лечению с применением лапароскопического доступа в условиях общей анестезии. Критериями включения служили классы пациентов ASA I-III, понимание пациентом визуально-аналоговой шкалы (0-10 баллов), переносимость всех используемых препаратов. Средний возраст больных составил $49 \pm 13,8$ лет, отношение мужчины/женщины – 16/39.

Все пациенты получали стандартную премедикацию: вечером накануне операции феназепам 1 мг per os; в день операции за 30 мин до подачи в операционную мидозалам 5 мг per os. Для индукции анестезии использовали пропофол ($1,5-2 \text{ мг} \cdot \text{кг}^{-1}$), фентанил ($2-4 \text{ мкг} \cdot \text{кг}^{-1}$). Миоплегию осуществляли **Введением** рокурония ($0,6 \text{ мг} \cdot \text{кг}^{-1}$) под контролем TOF. После интубации трахеи проводили комбинированную анестезию на основе севофлурана в концентрации 0,4-1,5 МАК, достаточной для поддержания биспектрального индекса на уровне 40-50%.

Схема мультимодальной анальгезии включала: **Введение** НПВС (кетопрофен – 100 мг) за 20-30 минут до начала операции, внутривенное **Введение** фентанила во время операции и инфузию перфалгана (1000 мг) за 30 минут до окончания операции. Фентанил вводили с помощью дозирующего устройства со скоростью от $0,06-0,2 \text{ мкг} \cdot \text{кг}^{-1} \cdot \text{мин}^{-1}$ на этапах доступа и мобилизации с последующим снижением до $0,02-0,03 \text{ мкг} \cdot \text{кг}^{-1} \cdot \text{мин}^{-1}$ и прекращением за 5–10 мин до окончания операции. Необходимость коррекции темпа инфузии опиоидного анальгетика косвенно оценивали на основе анализа показателей гемодинамики (уровень и вектор изменений АД, ЧСС, СИ, ИОПСС).

Согласно задачам исследования, были сформированы 2 группы пациентов. 32 пациентам 1 группы дополнительно проводили интраоперационную инфузию дексмедетомидина (с разрешения этического комитета) по следующей схеме: **Введение** нагрузочной дозы 1 мкг/кг в течение 10 минут перед индукцией анестезии, с последующим **Введением** поддерживающей дозы $0,2-0,5 \text{ мкг} \cdot \text{кг}^{-1} \cdot \text{ч}^{-1}$ во время всей операции. Прекращали инфузию непосредственно перед окончанием операции за 5-10 минут до отключения севорана. Во 2-ой, контрольной группе, препараты группы β_2 -адреномиметиков не применяли.



После завершения операции, выхода из анестезии и экстубации трахеи пациенты поступали в палату postanестезиологического восстановления для краткосрочного наблюдения. Всем пациентам планово назначали обезболивание нестероидными противовоспалительными препаратами по стандартной схеме – кетопрофен 100 мг внутривенно 2 раза в сутки, перфалган 1000 мг внутривенно капельно 4 раза в сутки. Необходимость дополнительного обезболивания определяли, опираясь на жалобы пациента на сильную боль. В качестве «анальгезии спасения» дополнительно внутримышечно вводили 20 мг промедола.

Основными критериями оценки результатов исследования были интраоперационный расход опиоидных анальгетиков, интенсивность послеоперационной боли и потребность в дополнительном назначении опиоидов в первые послеоперационные сутки. Для измерения и оценки интенсивности послеоперационной боли использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) с градацией от 0 до 10 баллов сразу при поступлении в палату пробуждения, через 30, 60, 90 минут и перед переводом в профильное отделение.

Результаты. По основным признакам (пол, возраст, характер сопутствующих заболеваний, объем оперативного вмешательства, продолжительность операции и анестезии) группы были сопоставимы. Соотношение гинекология/общая хирургия равно 24/21. Средний темп введения фентанила во время операции в 1-ой группе был равен $0,061 \pm 0,0286$ мкг/кг/мин, тогда как в контрольной группе – $0,126 \pm 0,0593$ мкг/кг/мин. При статистическом анализе средней дозы опиоида, приведенной к массе тела и продолжительности операции вскрыта достоверная разница между пациентами этих групп ($p < 0,001$; U критерий Манна-Уитни). Статистическая обработка данных, полученных при изучении потребности в наркотических анальгетиках в первые послеоперационные сутки, показала, что интраоперационная инфузия дексмететомидина способствовала статистически достоверному снижению частоты введения этих препаратов: 9,5% ($n=3$) против 39,1% ($n=23$) в контрольной группе. Субъективная оценка выраженности послеоперационного болевого синдрома по ВАШ также была достоверно ниже в 1-ой группе.

Заклучение. Таким образом, дексмететомидин является эффективным и безопасным препаратом, позволяющим добиться уменьшения общего количества опиоидных анальгетиков, вводимых в периоперационном периоде, без ущерба для качества анестезии.



СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ МАНИФЕСТАЦИИ ОЖИРЕНИЯ

Маматхужаева Г. А., Арзикулов А.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Доказано, что ожирение, начавшись в раннем возрасте, продолжает прогрессировать и в дальнейшем осложняется метаболическим синдромом (МС) (А.Л. Верткин, 2018; ВНОК, 2009; М.В. Шестакова, 2017). В исследованиях R. Weiss, J. Dziura, T. Burgert (2014), Е.В. Доскиной (2017), И.В.Леонтьевой (2008) показано, что признаки МС выявляются у каждого второго-третьего подростка с ожирением. Формирование метаболического синдрома начинается в детском возрасте, поэтому важным является установление факторов риска, клинико-метаболических особенностей заболевания в зависимости от времени манифестации ожирения.

Цель исследования: Сравнительный анализ клинико-метаболических показателей подростков в зависимости от сроков манифестации ожирения

Материалы и методы: Для решения поставленных задач осуществлен целевой отбор и обследовано 209 подростков в возрасте от 10 до 17 лет. В основную группу вошло 159 подростков, у которых был диагностирован МС по критериям Международной федерации диабетологов (IDF, 2007): ожирение (объем талии ≥ 90 перцентилей); триглицериды $\geq 1,7$ ммоль/л; ЛПВП $\leq 1,03$ ммоль/л; артериальное давление (систолическое или диастолическое) более 95-го перцентиля для ребенка данного возраста, пола и роста; уровень глюкозы (или ранее диагностированный диабет 2 типа) $\geq 5,6$ ммоль/л. Критерием исключения являлась вторичная форма ожирения (церебральная, гипоталамическая, эндокринная), смешанная и редкая, а также возраст пациентов до 10 лет. Группу сравнения составили 150 подростков, критерием отбора подростков в группу было первичное неосложненное ожирение.

Результаты: Сравнительный анализ клинико-метаболических показателей подростков в зависимости от сроков манифестации ожирения показал, что они отличались по структуре и степени выраженности основных и дополнительных компонентов МС. Абдоминальный тип ожирения был характерен для пациентов всех подгрупп. Однако ИМТ был выше у подростков с манифестацией ожирения с раннего и дошкольного возраста (табл. 7). У них же отмечалось преобладание III-IV степени ожирения (в 1-й подгруппе -54,72% и 9,43%, во 2-й -52,8% и 3,77%) по сравнению с подростками из 3-ей подгруппы (26% и 0%, при $p < 0,05$).

Характерной особенностью подростков с дебютом ожирения в дошкольном возрасте явилось большее число больных с АГ, дислипидемией по сравнению с 1-й и 3-й подгруппами. Среди них чаще выявлялись и малые дополнительные клинические признаки (маркеры) МС: жировой гепатоз, гиперурикемия и синдром поликистозных яичников. В подгруппе с дебютом ожирения в подростковом возрасте, было больше пациентов с проявлениями дисфункции гипоталамической области.



При анализе структуры АГ выявлено больше пациентов с стабильной АГ при манифестацией ожирения в дошкольном и раннем возрасте 34,62% и 27,08%, по сравнению с подростками с манифестацией в пубертате 22,50%. Вариант лабильной АГ также чаще регистрировался во 2-й подгруппе 57,69%, по сравнению с 54,17% и 52,50% в 1 и 3 подгруппах соответственно. Выявлены нарушения суточного ритма АД у подростков, в виде недостаточного и избыточного ночного снижения САД и ДАД, с тенденцией к изменению вариабельности САД и ДАД.

Анализируя показатели углеводного обмена не выявлено различий в уровнях глюкозы в подгруппах, но установлены более высокие уровни инсулина, индекса Нома в подгруппе подростков с дебютом ожирения в 5-7 лет, по сравнению со сверстниками из 1-й и 3-й подгрупп.

Оценивая показатели липидного обмена, во 2-ой подгруппе выявлено достоверное увеличение уровня ТГ, общего холестерина, ЛПНП и снижение ЛПВП. При исследовании гормонального профиля у подростков с МС в подгруппах достоверных различий не выявлено (кортизол в 1-й $462,71 \pm 33,4$, во 2-й $469,42 \pm 31,2$, в 3-й $473,27 \pm 29,85$ мкмоль/л и ТТГ $2,13 \pm 0,14$, $2,18 \pm 0,13$, $2,17 \pm 0,22$ соответственно).

Таким образом, у подростков с началом ожирения в 5-7 лет наблюдались более выраженные метаболические нарушения, по сравнению со сверстниками при дебюте ожирения в раннем возрасте и пубертате.

Выводы: Составляющими метаболического синдрома у подростков были артериальная гипертензия (88,05%), атерогенная дислипидемия (73,58%), гипергликемия натощак (6,29%) и нарушение толерантности к глюкозе (23,9%), гиперурикемия (70,44%).

СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА МЕТОБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Маматхужаева Г. А., Арзикулов А.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования: В изученной нами литературе мы не встретили исследований, посвященных оценке совокупного влияния комплекса факторов риска на развитие МС у подростков в зависимости от срока манифестации ожирения. Большое количество работ направлено на изучение соматической составляющей МС и факторов, ассоциированных с образом жизни (Е.В. Балуква, 2019), но недостаточно исследований, учитывающих одновременно влияние психоэмоционального компонента в развитии МС в подростковом возрасте (В.И. Симаненков, 2016).

Цель исследования: Сравнительный анализ медико-биологических и социально-гигиенических факторов риска ожирения у детей и подростков.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Материалы и методы: Для решения поставленных задач осуществлен целевой отбор и обследовано 209 подростков в возрасте от 10 до 17 лет. В основную группу вошло 159 подростков, у которых был диагностирован МС по критериям Международной федерации диabetологов (IDF, 2007): ожирение (объем талии ≥ 90 перцентилей); триглицериды $\geq 1,7$ ммоль/л; ЛПВП $\leq 1,03$ ммоль/л; артериальное давление (систолическое или диастолическое) более 95-го перцентиля для ребенка данного возраста, пола и роста; уровень глюкозы (или ранее диагностированный диабет 2 типа) $\geq 5,6$ ммоль/л. Критерием исключения являлась вторичная форма ожирения (церебральная, гипоталамическая, эндокринная), смешанная и редкая, а также возраст пациентов до 10 лет. Группу сравнения составили 150 подростков, критерием отбора подростков в группу было первичное неосложненное ожирение.

Результаты исследования: Сравнительный анализ факторов риска (биологических, социальных, гигиенических) формирования ожирения показал, что отягощенный наследственный анамнез по ожирению был характерен как для подростков с МС, так и для их сверстников с неосложненным ожирением ($p > 0,05$). Однако у подростков с МС выявлена высокая семейная отягощенность по компонентам МС: артериальной гипертензии (у родственников 1-го - 23,90%, 2-го поколения - 84,91%), нарушениям углеводного обмена (НТГ и сахарный диабет 2 типа: в 1-м 10,69%, во 2-м поколении - 33,33%), цереброваскулярным нарушениям в виде ИБС, инсультов, инфарктов у 25,79% родственников. У подростков с МС отмечалась высокая частота отягощенного перинатального анамнеза по сравнению со сверстниками с неосложненным ожирением. Преэклампсия, угроза прерывания беременности, ожирение у матери и др. эндокринопатии, острые и хронические заболевания, а также несбалансированное питание чаще наблюдались у матерей подростков с МС (соответственно 76,82% против 58,67%, $p < 0,05$). Прогностически неблагоприятную по развитию МС массу тела при рождении ниже 2700 гр. имели 18,0% подростков с МС и 8,0% с неосложненным ожирением, а более 3800 гр. соответственно 24% и 10% , с преобладанием мальчиков (17,72% против 6,00% девочек). Характер вскармливания на 1-м году жизни оказывал влияние на развитие метаболических изменений. Корреляционный анализ выявил связь между отсутствием грудного вскармливания или его короткой продолжительностью менее 3 мес. и ИР ($r=0,37$), а также с ИМТ ($r=0,35$) среди подростков с МС. Социальный анамнез был отягощен у подростков с МС, так в 2 раза чаще встречались неполные семьи (27,04% против 13,33%), преобладали малообеспеченные семьи - 40,25% по сравнению с 27,0% из группы с неосложненным ожирением. Для подростков обеих групп была характерна недостаточная организация досуга и низкая физическая активность (19,49% против 33,33%, $p < 0,05$). Нарушения пищевого поведения наблюдалось у 100% детей в обеих группах.

Выводы: 1. У подростков с метаболическим синдромом, в отличие от сверстников с неосложненным ожирением, наблюдался более отягощенный анамнез: генетический, перинатальный и социальный. Отмечался отягощенный семейный анамнез



по компонентам метаболического синдрома у родственников (артериальная гипертония - у родственников 1-го поколения 23,90% против 0,67 %, второго - 84,91% против 55,33 %, нарушениям углеводного обмена в 1-м поколении 10,69% против 1,33 %, во втором 33,33% против 4,00 %).

2. Факторным анализом установлены различные совокупности факторов риска метаболического синдрома в зависимости от сроков манифестации ожирения. При дебюте ожирения в раннем возрасте прогрессированию заболевания способствовали экзогенные факторы (социально-гигиенические). При манифестации ожирения в дошкольном возрасте в развитии метаболического синдрома играла роль наследственная отягощенность по компонентам синдромакомплекса. У подростков с началом ожирения в подростковом возрасте наряду с отягощенной наследственностью по сердечно-сосудистым заболеваниям имели значение перинатальные факторы и психологические нарушения.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Диагностика туберкулезной инфекции, в том числе с применением иммунологических методов является актуальной, так как позволяет улучшить диагностику туберкулезной инфекции у детей.

Диагностика туберкулеза у детей является сложной задачей из-за редких случаев бактериовыделения..

Цель исследования: определить особенности иммунологического статуса у детей с офтальмопатологией больных туберкулезом.

Материалы и методы. Обследование провели детям с офтальмопатологией больных туберкулезом находящихся на лечении в Андижанском областном противотуберкулезном диспансере. Было проведено комплексное офтальмологическое, клиническое и иммунологическое обследование всех детей находящихся на лечении.

Результаты исследования. Иммунологический профиль детей с клиническими проявлениями СНПЗ неинфицированных МБТ представлял собой: лейкопению (100,0%), абсолютную эозинопению (91,1%), нейтропению (82,2%); моноцитопению (48,7%); лимфоцитопению -(77,8%); снижение процента фагоцитоза (48,9%); повышение IgA (60%); снижение IgG (86,6%); увеличение IgE (62,0%).

Инфицирование МБТ детей с СНПЗ, вызывало Т-лимфоцитопению у каждого второго. При этом отклонение параметров Е-РОК активных лимфоцитов от нормы



встречалось достоверно в 2,6 раза чаще, чем у неинфицированных МБТ (50,0% против 19,5%) ($p < 0,05$). Фагоцитарный индекс чаще определялся сниженным у ИМБТ ($p = 0,02$). Снижение трех и более параметров иммунограмм одновременно отмечалось достоверно чаще у ИМБТ с СНПЗ (50,0%), чем у неинфицированных с СНПЗ ($p = 0,01$).

Изучение корреляционной связи у детей ИМБТ с высоким антителогнезом к ВПГ определило сильное влияние CD8+ на концентрацию ИЛ-1/3 ($r = -0,96$; $p = 0,043$). Углубленное исследование состояния клеточного звена иммунитета (фенотипирование лимфоцитов) у лиц с клиническими проявлениями СНПЗ, инфицированных МБТ, подтвердило, что они имеют более выраженную супрессию иммунной защиты, чем неинфицированные МБТ.

При сочетании инфицирования МБТ и серопозитивности к ВПГ установлено достоверное снижение Т-лимфоцитов (CD3), Т-хелперов (CD4+) и В-лимфоцитов (CD20). Среди ИМБТ детей при серопозитивности к ВПГ инфекции доля сниженных показателей CD4+ и CD8+ достоверно больше, чем у серонегативных ($p < 0,0$).

У иммунокомпрометированных детей ИМБТ с нормергией к туберкулину концентрация ИНФ-7 оказалась в 8 раз выше показателя здоровых ($p = 0,01$). Это свидетельствовало о напряженности функции клеточного иммунитета - активации Th1 лимфоцитов, а изучение корреляционных связей между показателями ИНФ-7 и ИЛ-4 в группе ИМБТ определило прямую отрицательную связь средней силы ($r = -0,34$, $p = 0,015$).

Таким образом, у инфицированных МБТ был выявлен цитокиновый дисбаланс.

Доказанная иммунокомпрометированность младших школьников, инфицированных МБТ с нормергической туберкулиновой чувствительностью, явилась обоснованием необходимости проведения иммунокорректирующей терапии.

При изучении содержания цитокина "инициации иммунного ответа" - ИЛ-1(3) в сыворотке крови детей получены доказательства его высокой информативности для определения инфицирования микобактериями туберкулеза. Диагностический уровень ИЛ-1Р составляет $1158 \pm 313,3$ пг/мл. Между содержанием ИЛ-1(3) и степенью иммунной недостаточности выявлена прямая корреляционная связь средней силы ($r = 0,591$; $p < 0,05$). Инфицирование МБТ в сочетании с хронической ВПГ инфекцией способствует наибольшей «агрессии» ИЛ-1/3.

С повышением чувствительности к туберкулину до гиперергии увеличивалось количество пациентов с лимфопенией (66,7%); абсолютной Т-лимфоцитопенией (53,3%); гипериммуноглобулинемией М (86,5%) и G (13,3%); снижением фагоцитарного индекса и резким повышением содержания ИЛ-1(11,9%). Это подтверждает необходимость иммунокорректирующей терапии при нарастании чувствительности к туберкулину с последующей иммунореабилитацией.

Заключение. Таким образом, длительно текущий воспалительный процесс, который затрагивает все структуры легочной ткани приобретает системный характер и приводит к нарушению иммунологического профиля у детей с офтальмопатологией больных туберкулезом.



ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время туберкулез продолжает оставаться одной из глобальных проблем здравоохранения во всем мире. Между тем исследование качества жизни у детей и подростков, больных туберкулёзом, позволит выяснить условия формирования офтальмопатологии среди них, разработать ранний диагностический алгоритм и оптимальное лечение, что определяет **Актуальность** данного исследования.

Цель исследования: Определить показатели качества жизни детей с офтальмопатологией больных туберкулёзом.

Материал и методы. Изучение показателей качества жизни провели детям с офтальмопатологией больных туберкулезом находящихся на лечении в Андижанском областном противотуберкулезном диспансере.

Результаты исследования.

Достигнутый эффект лечения и стабильные зрительные функции не всегда сопровождаются улучшением так называемого «общего состояния» больных туберкулёзом. Часто, помимо различных жалоб, касающихся органа зрения, они отмечают, что в результате болезни «трудно жить». Эти жалобы согласуются с понятием «качества жизни» (КЖ), которое подразумевает самооценку человеком своего благополучия, связанного со здоровьем.

Можно предположить, что, являясь хроническим заболеванием, требующим от больного ряда ограничений в повседневной жизни, и, даже, смены социального статуса, туберкулёз в сочетании с заболеванием глаз отрицательно влияет на его КЖ. Потенцирующим моментом этого состояния может быть сниженный уровень социально-психологической адаптации у значительной части детей, больных туберкулёзом, обусловленный бытующим среди них представлением о данной патологии как об инфекционной болезни, плохо поддающейся длительному лечению, рецидивирующей, неотвратимо ведущей к снижению зрения, требующей соблюдения определённого режима жизнедеятельности. Всё это снижает лечебный и реабилитационный эффекты у данного контингента больных.

При анкетировании детей с офтальмопатологией мы выясняли, произошли ли в жизни изменения, связанные по их мнению, с этим заболеванием. В рейтинге причин, ведущих к снижению КЖ получено следующее процентное соотношение:

- необходимость лечиться долгое время - у 64,7 % анкетированных;
- изменение отношений в семье и ближайшем окружении - у 19,8 %;
- ограничения в проведении досуга - у 23,7 % детей;



- ограничения в учёбе - 23,7% подростков;
- ограничения в занятии спортом и самодеятельности - 65,9 %;
- неудобства в самообслуживании - 31,9 %.

Оказалось, что названные причины имеют разную степень влияния на КЖ у больных детей разных возрастных категорий. Так, необходимость длительного лечения была негативным фактором, в целом, во всех возрастных группах. Однако, наиболее существенным этот фактор оказался для детей в возрасте 11-14 лет (у 40,8 % больных повлиял на КЖ), а также для подростков в возрасте 15 - 17 лет (в 36,4% наблюдений ухудшилось КЖ). Также необходимость лечиться отрицательно повлияла на КЖ у большого числа пациентов в возрасте 7 - 10 лет (в 31,6% случаев) и в дошкольном возрасте 3 - 6 лет (25,5 % наблюдений).

Изменения взаимоотношений в ближайшем окружении в связи с заболеванием отметили 23,8 % больных возрастной группы 11 - 14 лет и 21,3% больных возрастной группы 15-17 лет. Несколько менее существенным этот фактор КЖ оказался для лиц в возрасте 7 - 10 лет, у которых в 15,8 % ухудшил КЖ. Малозначимым это слагаемое КЖ было у детей в возрасте от 3 до 6 лет, т.к. изменений взаимоотношений в ближайшем окружении в связи с заболеванием глаз не произошло.

Ограничения в проведении досуга в связи с болезнью наиболее существенно сказались на возрастной группе 15-17 лет, так как ухудшили КЖ у 38,1 % больных, а также в возрастных группах 11 - 14 лет и 7-10 - 20 лет, в которых КЖ снизилось у 22,7 % и 20,6 % больных соответственно. Несколько менее значимым этот фактор оказался для больных в возрасте 3-6 лет (КЖ ухудшилось у 19,1 % анкетированных).

Изменения учёбы произошли у 40,8 % больных в возрасте 7-10 лет и у 31,6 % лиц в возрасте 15-17 лет. Несколько меньше это отразилось на КЖ у больных в возрасте 11 - 14 лет (у 23,4 % опрошенных). В дошкольной группе возраста 3-6 лет этот фактор мало влиял на КЖ, в связи с чем они не отмечали ухудшения КЖ.

Необходимость ограничений в занятиях спортом и самодеятельности отрицательно сказалась на КЖ во всех возрастных группах за исключением дошкольной группы, но у пациентов в возрасте 15-17 лет этот показатель был наиболее высоким (в 50,4 %), далее следовали дети 11 - 14 лет (в 30,9 % наблюдений) и 7 - 10 лет (22,7 % наблюдений). У пациентов дошкольного возраста этот фактор КЖ был малозначимым.

Неудобства в самообслуживании в связи с заболеванием глаз определялись у детей всех возрастных групп, причём, в возрастной группе 3-6 лет- в 51,5 % случаев, в группе 11-14 лет - в 29,1 % случаев, и в 18,2 % у детей 7-10 лет; в возрастной группе 15-17 лет этот фактор был малозначимым и повлиял на КЖ только в 4,3 % случаях.

Анализ показал, что необходимость лечения ухудшила КЖ больных практически всех возрастов, но преимущественно, лиц младшего и среднего школьного возраста; изменения взаимоотношений в ближайшем окружении произошли у пациентов старшего школьного возраста (от 15 до 17 лет); необходимость ограничивать свой досуг сказалась на КЖ практически всех возрастных групп, со значительным преобладанием у лиц от 11



до 14 лет, а также с небольшим преобладанием у подростков в возрасте 15 - 17 лет; ограничения учебы повлияли на КЖ больных 15-17 лет, 11 - 14 лет и 7 - 10 лет (в порядке убывания значимости), то есть учащихся и студентов; неудобства в самообслуживании снижали КЖ преимущественно у детей в возрасте 3-6 лет (дошкольная возрастная группа). Последнее обстоятельство, по нашему мнению, обусловлено не только глазной патологией, но и неблагоприятным общим фоном у этого контингента детей.

Итак, причины снижения КЖ имеют разную значимость для детей разных возрастных групп. Исходя из данных нашего исследования можно составить медико - социальный портрет ребенка с офтальмопатологией, страдающего туберкулёзом, который получает лечение в специализированном противотуберкулёзном диспансере. Кроме того, ребенок с офтальмопатологией, страдающий туберкулёзом психологически поработан своим заболеванием, вследствие чего качество жизни у него изменено в худшую сторону. Он вынужден длительное время лечиться, у него изменились отношения с ровесниками в ближайшем окружении, кроме того, есть ограничения учёбы, в проведении досуга, в занятии спортом и самодеятельностью, неудобства в самообслуживании. Как оказалось, перечисленные причины имеют разную значимость для детей разных возрастных групп. Если пациент подросткового возраста, то качество его жизни ухудшилось вследствие того, что заболевание глаз повлияло на его взаимоотношения с ровесниками, он вынужден ограничивать свой досуг, а также учёбу. Если пациент дошкольного возраста, то качество его жизни ухудшают такие слагаемые как ограничения в играх и неудобства в самообслуживании.

Вывод. Качество жизни является дополнительным критерием, позволяющим определить особенности клинического течения глазных заболеваний у детей больных туберкулёзом. Из показателей качества жизни, характеризующих туберкулез как заболевание, наиболее информативным оказался показатель оценки «тяжести заболевания».

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф., Хакимова Р.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В мировом масштабе туберкулез остается одной из серьезных медицинских и социальных проблем. На рост уровня заболеваемости туберкулезом и ухудшение его структуры влияют неблагоприятные социально-экономические, экологические и демографические факторы, а также процессы миграции.

В настоящее время остаётся актуальной изучение клинико-структурных особенностей течения туберкулёза у детей и подростков.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель исследования: изучение клинических особенностей течения туберкулёза у детей.

Материал и методы. Обследование провели 1690 детям больным туберкулезом находящихся на лечении в Андижанском областном противотуберкулезном диспансере. Комплексное офтальмологическое обследование включало визометрию без коррекции и с коррекцией, скиаскопию, биомикроскопию, офтальмоскопию глазного дна в состоянии медикаментозного мидриаза методами прямой и обратной офтальмоскопии. Также были проведены клинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования и осмотр специалистов.

Результаты исследования. Клинические формы туберкулёза органов дыхания представлены, в основном, туберкулёзом внутригрудных лимфатических узлов, инфильтративным, очаговым и диссеминированный туберкулезом, первичным туберкулёзным комплексом. У 26 детей отмечено развитие туберкулёзного плеврита. Более чем у половины заболевших туберкулезом подростков специфический патологический процесс выявлен при обращении за медицинской помощью, 17,6 % из них были бациллярными больными. При повторном поступлении в стационар дети с деструктивным туберкулезом легких имели более тяжёлую структуру клинических форм с большим объёмом поражения.

В ходе анкетирования установлено, что среди обследованных имеются большое количество (56,3%) детей подросткового возраста из неполных семей, детей-сирот, заболевших туберкулезом, что связано с социальным статусом и с эпидемиологическим неблагополучием. Нами установлено, что неблагоприятные условия проживания, вредные привычки родителей и их низкая санитарная грамотность в 17,8% случаев приводили к развитию активного туберкулеза у ребёнка. Туберкулез у детей и подростков развивался, как правило, в течение первого года после контакта с бактериовыделителем как с наличием лекарственной чувствительности возбудителя (63,2%), так и при его множественной лекарственной устойчивости (42,2%).

Туберкулёзом чаще заболевали дети, не привитые (45,7%) или имевшие признаки неэффективности прививки БЦЖ (23,5%). Из анамнеза пациентов установлено, что вакцинация БЦЖ охватывает 93 % детей, а ревакцинация 67 %, в дальнейшем 50 % - 70 % этих детей становятся инфицированными *Mycobacterium tuberculosis* к 17-летнему возрасту. Выявлено, что шанс развития остро прогрессирующего туберкулеза у ревакцинированных детей в 1,5 раза ниже, чем у детей, вакцинированных БЦЖ однократно. Это, по видимому, обусловлено большей активностью фагоцитарного звена и Т-клеточного пути иммунного ответа, влияющих на ограничение туберкулёзного процесса.

Как было отмечено ранее, в структуре детской заболеваемости подавляющее большинство случаев приходится на туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов. При изучении историй болезни детей и подростков, больных туберкулезом, у каждого 4-го ребёнка отмечено выявление туберкулёза на стадии осложнений, динамика показателей



обнаружения туберкулёза в фазе кальцинации непостоянна и имеет разную направленность, в зависимости от места проживания детей, что свидетельствует о несвоевременной диагностике заболевания. Обнаружение бактериовыделения коррелирует со снижением эффективности лечения туберкулёза у детей всех возрастов. Анализ туберкулеза у детей раннего возраста выявил наличие осложнений локальных форм у каждого второго ребёнка и МЛУ возбудителя почти у половины бактериовыделителей, что диктует необходимость применения препаратов резервного ряда у 24,8 % детей. Согласно данным историй болезни, отмечено наличие моноустойчивости микобактерий туберкулеза к рифампицину, при этом моноустойчивость к изониазиду и полиустойчивость оставались стабильными в процессе всего периода диспансерного наблюдения.

Вывод. Таким образом, у детей наиболее часто встречающимися клиническими формами туберкулёза были туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов, инфильтративный, очаговый и диссеминированный туберкулёз, первичный туберкулёзный комплекс.

РОЛЬ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Манашова А.Р., Юсупалиева Г.А., Ортикбоева Ш.О.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы. Проблема послеоперационной спаечной кишечной непроходимости (ПСКН) у детей заключается не столько в частоте заболевания, сколько в несовершенстве методов своевременной ее диагностики, которая требует постоянного совершенствования и одним из таких методов является ультразвуковое исследование (УЗИ).

Целью исследования явилось изучение возможностей ультразвуковой диагностики при острой спаечной кишечной непроходимости у детей.

Материал и методы исследования. В настоящей работе представлены **Результаты** обследования 120 детей с ПСКН. Все больные находились на лечении в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института с 2020 по 2022 гг. Из общего числа больных 43 оперировано по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости. УЗ-диагностику всем детям выполняли на аппаратах производства «Sonoscape S 22» (Китай) и «Aplio 500» (Япония).

Результаты исследования. При поступлении наиболее устойчивой жалобой у детей острой спаечной кишечной непроходимостью явились боли в животе различного характера, задержка газов и/или стула. Рвота встречалась лишь у 1/3 детей. УЗИ брюшной полости выполняли всем детям в экстренном порядке при поступлении. Во время



исследования отмечали степень дилатации и толщину стенки кишечника, оценивали характер содержимого и моторно-эвакуаторную активность кишечника, наличие и количество свободной жидкости в брюшной полости. Проведение «общего обзора» позволял идентифицировать расширенные петли тонкой кишки у детей. При УЗИ у детей с острой спаечной кишечной непроходимостью определялась увеличение толщины кишечной стенки, структурное строение кишечной стенки было однородным, ее экзогенность была повышена. Структурное строение и экзогенные характеристики на измененных участках кишечной стенки в области дилатированных кишечных петель была одинаковой. Толщина кишечной стенки также имела одинаковые значения на различных участках тонкой кишки.

Выводы. Таким образом, УЗИ является высокоточным методом визуализации для диагностики и определения стадии послеоперационной спаечной кишечной непроходимости у детей.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Мансуров Ш.Ш., Касымов А.Л., Садиков А.Ж., Мадаминов М.Ю. Солиев.М.Б
Андижанский государственный медицинский институт

ВЕДЕНИЕ. Хирургия щитовидной железы (ЩЖ) развивалась на протяжении трех столетий: с 19 века, когда она зародилась, хирургия ЩЖ прошла фазу стабилизации и фазу огромных инноваций благодаря непрерывным технологическим усовершенствованиям. На первых двух исторических этапах основные успехи были достигнуты за счет совершенствования протоколов анестезии, профилактики инфекций и основных гемостатических процедур. Интраоперационные гемостатические способы внедренные в последнее десятилетие оказались потенциально очень востребованным в хирургии ЩЖ. В связи с этим разработка и применение высокоэффективных отечественных гемостатических средств местного значения в хирургии ЩЖ является актуальной задачей современной эндокринной хирургии.

Целью исследования явилось оценка качества гемостаза и репаративных процессов при операциях на щитовидной железе при использовании отечественного средства Хемобен и низкоэнергетического лазерного излучения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для клинической оценки эффективности локального гемостаза при операциях на ЩЖ сформировано две группы исследования на 237 пациентов со смешанным, узловым и диффузно-токсическим зобом. В основной группе у 98 оперированных больных гемостаз проводилась по разработанной нами методике и в качестве средства был использован Хемобен размерами 25-50мкм из расчета 200мг на площадь 8-9 см², который наносили по поверх раны тонким слоем с последующим лазерным излучением с длиной волны 0,89 мкм, частотой 500 Гц в течение 2 минут на



расстоянии 5см от раны, а затем в течение 5-7 суток проводили сеансы облучения с частотой 80 Гц чрезкожно в проекции операционной раны. В группе сравнения у 139 больных гемостаз проводился традиционными методами. Оперативные вмешательства включали тотальную тиреоидэктомию, гемитиреоидэктомию и субтотальную тиреоидэктомию.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Клинические исследования показали, что применение предложенного способа при операциях на щитовидной железе позволило сократить интраоперационное время на достижение гемостаза с $12,1 \pm 3,9$ до $6,5 \pm 1,9$ минут, общую продолжительность оперативного вмешательства с $84,7 \pm 19,5$ до $73,3 \pm 12,9$ минут. Данный факт подтверждает хороший и быстрый гемостатический эффект отечественного средства Хемобен при вмешательствах на щитовидной железе. Лазерное воздействие обеспечило снижение активности послеоперационного воспалительного процесса, в частности отмечено более выраженное снижение в динамике по ВАШ с $5,1 \pm 0,9$ до $4,3 \pm 1,1$ баллов в первые сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, сравнительный анализ результатов операции на ЩЖ показал, что предложенный способ характеризуется хорошим гемостатическим и противовоспалительным эффектом, что проявилось в снижении общей частоты осложнений с 29,5% до 10,2%. Доля хирургических осложнений уменьшилась с 12,9% до 4,1%, а в свою очередь частота лимфо-геморрагических осложнений сократилась с 11,5% до 3,1%. Локальный гемостаз с лазерным облучением с уверенностью позволяет рекомендовать его для широкого применения при этих видах операций.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГИСТОСТРУКТУРЫ ТКАНЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Мансуров Ш.Ш., Касымов А.Л., Садиков А.Ж., Мадаминов М.Ю. Солиев.М.Б
Андижанский государственный медицинский институт

АКТУАЛЬНОСТЬ. Актуальной задачей современной эндокринологии является поиск новых экспериментальных моделей для разработки высокоэффективных и безопасных методов лечения интраоперационных осложнений при операциях на щитовидной железе (ЩЖ). Для экспериментальной хирургии значимым является изучение моделей патологических состояний ЩЖ, которые могут способствовать к совершенствованию методов лечения интра-, и послеоперационных осложнений при различных операциях на ЩЖ.

Целью исследования: определить морфологические особенности изменений гистоструктуры щитовидной железы при воздействии электрокоагуляции с применением гемостатического порошка Хемобен в сочетании с лазерным излучением.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Экспериментальные исследования выполнены в лаборатории экспериментальной хирургии ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова». Для исследований использованы лабораторные животные – белые б/п крысы самцы весом 320-350 г в количестве 24 особей.

Для оценки эффекта гемостаза, производилась расширенная резекция не только левой доли щитовидной железы, но и левых и нижних подчелюстных лимфатических и слюнных желез, которые также имеют хорошее кровоснабжение. Рассечение паренхиматозных органов в области шеи способно вызвать обильное кровотечение, а также создается возможность оценки воспалительного и спаечного процесса в этой области в эксперименте. Сформировано две группы экспериментальных животных, в контроле изучалось только воздействие биполярного коагулятора с гемостатической **Целью**, в опытной – применение Хемобена и лазерного воздействия. Для остановки кровотечения использовали кристаллы порошка Хемобен размером 25-50 мкм из расчета 200 мг на площадь 8-9см², который наносится поверх раны тонким слоем до образования тонкой полупрозрачной пленки. После гемостаза операционное поле обрабатывалось низкоэнергетическим лазерным излучением (аппарат Согдиана) с длиной волны 0,89 мкм, частотой 500 Гц в течение 30 секунд на расстоянии 5 см от раны.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Микроскопические (морфологические) изменения оценивались начиная с первых суток после выполненных экспериментальных операций. Контроль. Через сутки после операций в тканях раны зоны контакта коагулятора наблюдались альтеративно-деструктивные морфологические изменения. Это связано с тем, что в этом случае при остановке крови с помощью электрокоагулятора в тканях возникает глубокий некроз за счет высокой электрической энергии. При этом в зоне резекции возникает деструктивное нарушение целостности стенки крупных и средних сосудов. Выявляются внутрисосудистые тромбы, некроз железистого эпителия по зоне резекции, расширение сосудов. Во всех слоях наблюдалась развитая отечность, нейтрофильно-лимфоцитарная инфильтрация. На 3 сутки после операции в тканях раны в области контакта с коагулятором отчетливо проявлялись некротически-экссудативные процессы воспаления. В гистоморфологическом слое наблюдается очаговая инфильтрация нейтрофилами и лимфоцитами. Это свидетельствует о преобладании гнойного воспаления в области раны. На мышечных слоях вокруг раны обнаруживаются элементы гематомы. На 7 сутки после операции в контрольной группе изменения на 3-й день эксперимента стали меняться в сторону образования фибробластов. Отмечается очаговая макрофагально-лимфоцитарная инфильтрация. В зоне резекции образовалась соединительная ткань. На 14 сутки после операции отчетливо исчезли признаки переобразования в местах повреждения и контакта коагулятора. При этом основная грубая соединительнотканная регенерация тканевых слоев операционного разреза и зоны контакта с коагулятором сопровождается очаговой диффузной лимфо-макрофагальной инфильтрацией в различных слоях.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Опытная группа. На 1 сутки после операции в опытной группе преобладал экссудативно-пролиферативный процесс воспаления по сравнению с контрольной группой. Его особенность в том, что порошок Хемобен под действием крови в ране или раневого экссудата превращается в гемостатический гель, пропитывается и образует тонкий однородный слой. Это помогает предотвратить повторное травмирование раневой поверхности извне и попадание инфекционного агента в область раны. Порошок хемобен, превратившийся в однородный гемостатический гель, закупорил пораженные сосуды, как пробка. В сосудах образуются застойные стазы и сладж.

На 3 сутки после операции в поврежденных (область операционного разреза) слоях преобладает преимущественно неинфекционное воспаление, стимулирующее продукцию фибробластов, что является признаком регенерации в ранах. В основном это связано с кровоостанавливающим свойством порошка Хемобен. Инфильтрация гистиоцитов и макрофагов наблюдается в разных слоях. Это, в свою очередь, служит основой для образования новых эпителиальных клеток в поврежденном (дистрофически и некротически) эпителиальном слое. Эти признаки наблюдаются преимущественно на 3-й день, а более отчетливо на 7-й день.

На 7 сутки эксперимента указанные выше изменения более выражены. В опытной группе гистоморфологические слои поврежденного органа начали переформировываться. Во внутренних участках операционного разреза сохраняются отдельные участки гемостатического слоя, в этой зоне наблюдается мягковолокнистое разрастание соединительной ткани. В результате дифференцировки и трансформации клеток восстанавливается поврежденный эпителиальный слой. Словом, весь слой начал регенерировать с преимущественно неинфекционным эффектом. Признаки полной регенерации проявлялись в отдаленные сроки, например, на 14-е сутки. При этом произошла перестройка всех слоев, и все слои восстановили свою гистофункцию.

Выводы:

Воздействие высокочастотного тока (электрокоагуляции) на ткань щитовидной железы у экспериментальных животных для достижения гемостаза вызывает развитие глубоких деструктивно-некротических изменений в остаточной паренхиме, характеризуется возможностью образования локальных гематом в 1-3 сутки после операции, а также медленными процессами регенерации тканевых слоев с развитием грубых соединительнотканых фиброзных изменений.

Морфологические исследования показали, что использование гемостатического средства Хемобен в совокупности с низкоэнергетическим лазерным воздействием на раневую поверхность после резекции щитовидной железы обеспечивает стойкий сосудистый гемостаз без развития локальных гематом, способствует ускорению восстановления нормальной железистой гистоструктуры без формирования грубых фиброзных соединительных изменений.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА В УЛУЧШЕНИИ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Мансуров Ш.Ш., Касымов А.Л., Садиқов А.Ж., Мадаминов М.Ю. Солиев.М.Б
Андижанский государственный медицинский институт

ВЕДЕНИЕ. Операции на щитовидной железе (ЩЖ) всегда требуют индивидуального подхода, отличаются чрезвычайной технической сложностью и высокой частотой осложнений. Одним из опасных осложнений является интраоперационное кровотечение, частота которого составляет от 0,5 до 4,3%. Надежный гемостаз в хирургии ЩЖ является залогом успешного оперативного пособия с минимальным количеством осложнений. В связи с этим, разработка способов локального гемостаза является актуальной задачей эндокринной хирургии.

Цель исследования: усовершенствовать способ достижения локального гемостаза и улучшения репаративных процессов при операциях на щитовидной железе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для клинической оценки эффективности локального интраоперационного гемостаза при операциях на ЩЖ сформировано две группы исследования на 237 пациентов со смешанным, узловым и диффузно-токсическим зобом. Оперативные вмешательства включали тотальную тиреоидэктомию, гемитиреоидэктомию и субтотальную тиреоидэктомию. В основной группе у 98 оперированных больных гемостаз проводился по разработанной нами методике и в качестве средства был использован Хемобен размерами 25-50мкм из расчета 200мг на площадь 8-9 см², который наносили по поверх раны тонким слоем с последующим лазерным излучением с длиной волны 0,89 мкм, частотой 500 Гц в течение 2 минут на расстоянии 5см от раны, а затем в течение 5-7 суток проводили сеансы облучения с частотой 80 Гц чрезкожно в проекции операционной раны. В группе сравнения у 139 больных гемостаз проводился традиционными методами с сочетанием биполярной электрокоагуляцией.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ. Сочетанное применение гемостатического средства Хемобен и низкоэнергетического лазерного воздействия интраоперационно на область раневой поверхности после вмешательства на щитовидной железе и чрезкожно в ранний послеоперационный период позволило обеспечить хороший гемостатический эффект, который проявлялся снижением объема отделяемого по дренажу в ранние сроки с $38,2 \pm 18,1$ до $27,7 \pm 15,0$ мл, с уровнем гемоглобина в отделяемом $35,8 \pm 10,8$ г/л в группе сравнения против $20,6 \pm 6,8$ г/л в основной группе и сократить срок дренирования с $1,8 \pm 0,6$ до $1,2 \pm 0,4$ суток, а сочетанное химическое (Хемобен) и физическое (лазерное облучение) воздействие обеспечило снижение активности послеоперационного воспалительного процесса, в частности отмечено более выраженное снижение интенсивности болевого



синдрома в динамике по ВАШ с $5,1 \pm 0,9$ до $4,3 \pm 1,1$ баллов в первые сутки и с $2,8 \pm 1,5$ до $2,3 \pm 1,4$ баллов на третьи сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, сравнительный анализ результатов операции на ЩЖ показал, что предложенный способ характеризуется не только хорошим гемостатическим и противовоспалительным эффектом, что проявилось в снижении общей частоты осложнений с 29,5% до 10,2%, при этом доля хирургических осложнений уменьшилась с 12,9% до 4,1%, а в свою очередь частота лимфо-геморрагических осложнений сократилась с 11,5% до 3,1%. Улучшение качество послеоперационной реабилитации позволили сократить послеоперационный период наблюдения с $6,0 \pm 1,1$ до $4,9 \pm 0,8$ суток.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ

Матанов З.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии» МЗ РУз, г.Ташкент

Актуальность: Как известно, на сегодняшний день костная денситометрия остается основным стандартом оценки состояния кости по показателю МПК. При оценке этого показателя в нашей работе мы исходили из данных литературы, что показатель МПК, исследованный у детей с низкоэнергетическим переломом, отражает истинное состояние костной ткани, имеющее место у детей и подростков до перелома, так как динамику изменения МПК рекомендуется исследовать на костном денситометре не ранее 6 мес.

Цель исследования: Изучить проявление остеопении и остеопороза у детей и подростков с низкоэнергетическим переломом длинных костей, проанализировать биохимические показатели костного обмена, выявить и обосновать факторы риска перелома у детей различных возрастных групп и обосновать подходы к профилактике, диагностике и выбору дифференцированной тактики лечения.

Материал и методы. Проведено обследование девочек и мальчиков с низкоэнергетическим переломом длинных костей на костном денситометре и проанализировано состояние МПК по Z-критерию, что дало возможность выявить детей с показателями нормы, низкой МПК (osteopenia) и остеопорозом в различных возрастных группах, присутствовавших до перелома.

Согласно рекомендациям [Chiarpenello J. 2016, Н.Г. Киселева 2020], детям которые имеют остеопению и остеопороз для оценки общего состояния организма и выявления дополнительных факторов риска рекомендуют проводить параллельно с костной денситометрией биохимические исследования кальция, фосфатов, магния, витамина D и



щелочной фосфатазы. Эти же показатели важны и для детей с нормальной МПК или низкой МПК в условиях травматического повреждения.

Результаты исследований. Выявлено, что из 57 девочек у 18 (31,6%) выявлена остеопения и остеопороз, у 39 (68,4%) показатели соответствовали норме. Повышенные показатели остеопении и остеопороза зафиксированы в младшей школьной группе (19,3%). В старшей школьной группе показатели низкой МПК составили 10,5%. В целом, установлено, что 31,6% девочек с низкоэнергетическим переломом популяции г. Ташкента имели остеопению и остеопороз. Анализ данных о распределении показателя МПК внутри исследованных групп, показал, что показатели нормы МПК были высокими в дошкольной (83,3%) и младшей школьной группах (73,2%). В старшей школьной группе показатели нормы МПК присутствовали у 40% девочек, а показатели остеопении и остеопороза составили 60%.

При оценке распространенности остеопении и остеопороза у обследованных мальчиков (173 особи), выявлено, что показатели низкой МПК преобладали в младшей (19%) и старшей (18,5%) школьной группах, в дошкольной группе, как и у девочек, у мальчиков МПК у 98,3% детей соответствовала возрастной норме

Анализ показателей МПК показал, что из обследованных 173 мальчиков низкие показатели – остеопения и остеопороз – практически в равном проценте (19,0 и 18,5%) присутствовали в младшей и старшей школьной группах. В целом, показатель присутствия остеопении и остеопороза составил 39,2% от общего количества обследованных детей.

Как и у девочек с переломами, остеопения и остеопороз преобладали у мальчиков в старшей школьной группе (54,2%). Если показатели нормы МПК были высокими в дошкольной (89,5%), то в младшей (64,5%) и в старшей школьной группах (45,8%) они были значительно ниже. В старшей школьной группе показатель низкой МПК составил 10,5%.

В целом, 37,4% детей и подростков с низкоэнергетическим переломом популяции г. Ташкента имели остеопению и остеопороз, это свидетельствует, что формирование пика костной массы отстает у этих детей от возрастной нормы.

Статистически значимые

Результаты получены при анализе показателя «остеопороз» среди девочек младшего и старшего школьного возраста (критерий Хи-квадрат равен 23,372, сила связи относительно сильная, $p < 0,001$). При сравнении показателей мальчиков младшего и старшего школьного возраста, а также мальчиков и девочек этих возрастных групп, статистически значимых отличий по показателю «остеопороз» не выявлено. По показателю «osteopения» выявлены статистически значимые различия между мальчиками младшего и старшего школьного возраста (критерий Хи-квадрат равен 4,352, сила связи средняя, $p < 0,037$), а также у девочек этих же возрастных групп (критерий Хи-квадрат равен 8,562, сила связи средняя, $p < 0,004$). Отличительные особенности выявлены и при сравнении между группой мальчиков дошкольного возраста с подростками среднего школьного возраста (критерий Хи-квадрат



равен 23,432, сила связи средняя, $p < 0,001$). Сравнения с группой девочек дошкольного возраста не проводили, учитывая небольшое количество детей.

Вывод. Значимым фактором является витамин D, его недостаточность и дефицит которого влияют на метаболизм кальция, формирование пика костной массы, мышечный тонус и склонность к падениям. В проведенном нами исследовании выявлено, что нормальные показатели витамина D выявлены только у 19,3 % девочек (низкие в 80,7%) и у 9,2 % мальчиков (низкие в 90,8 %) без клинических признаков рахита. Имеются данные о показателях недостаточности витамина D в сыворотке крови (менее 20 нг/мл) у 48,8 % детей препубертатного возраста 6–10 лет [Rajakumar K, 2005]. Эти данные свидетельствуют, что лабораторно выявляемый дефицит витамина D может встречаться чаще, чем наблюдаются клинически значимые признаки рахита у детей или снижение МПК. На основе проведенного корреляционного анализа между показателями МПК и уровнем витамина D, выявлена прямая, статистически значимая связь у девочек и мальчиков младшего школьного возраста, а также только у мальчиков старшего школьного возраста. Отсутствие корреляции витамина D и МПК у девочек старшего школьного возраста может быть связано с особенностями формирования скелета, отличающимися по динамике от мальчиков соответствующей возрастной группы. Полученные нами данные подтверждают роль витамина D в минерализации и формировании костной массы. Анализ МПК и витамина D у детей дошкольного возраста показал, что корреляционная зависимость была статистически не значима. Возможно, это связано с небольшим количеством детей в этой группе или другими факторами, что требует дополнительных исследований.

ПОВЫШЕНИЕ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ РОДИТЕЛЕЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ТРАВМАТИЗМА И СОЗДАНИЮ БЕЗОПАСНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ СВОИХ ДЕТЕЙ.

Махкамова Г.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Профилактика детского травматизма очень важна, так как травматизм является одной из основных причин детской смертности и заболеваемости. Ежегодно во всем мире жизнь более 2000 семей омрачается из-за гибели ребенка по причине неумышленной травмы или так называемого «несчастливого случая». Большинство травм (а в некоторых случаях и детских смертей) являются непреднамеренными и предотвратимыми при наличии дополнительных знаний и изменении поведения и окружающей ребенка среды. Родители могут предупреждать травмы, обеспечивать поддержку своим детям и предпринимать шаги, направленные на создание безопасной среды для своих детей



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель исследования: повышение знаний и навыков родителей по предупреждению детского травматизма в домашних условиях

Материалы и методы исследования: с **Целью** определения знаний родителей в вопросах профилактики детского травматизма проведено анкетирование 56 матерей имеющих детей в возрасте 0- 3 лет Исследование проводилось в СП № 56 г.Ташкента

Результаты исследования: Нами были разработаны опросники позволяющие определить знания родителей о видах и главных причинах травматизма в домашних условиях и их профилактике.

В ходе проведенного анкетирования были получены следующие **Результаты:** на вопрос о причинах детского травматизма в домашних условиях полный ответ дали 20% опрошенных родителей. 65% опрошенных отметили лишь: падения и ожоги, 15% - отметили падения, ожоги и утопление.

На вопросы о том, какие меры профилактики необходимо предпринять, чтобы предупредить домашние травмы, 90% родителей смогли назвать только 2-3 правила.

Для всех родителей в поликлинике был организован трехдневный семинар на котором, была представлена основанная на доказательствах информация, по обеспечению безопасности в домашних условиях. Родители были информированы о масштабах и влиянии детского травматизма; причинах уязвимости детей; принципах профилактики травматизма; главных причинах травматизма в домашних условиях, их профилактике и оказании неотложной помощи на дому. При обучении родителей были использованы презентации, видеофильмы, информационные карточки, ситуационные задачи, муляжи для обучения практическим навыкам.

В конце семинара было проведено повторное анкетирование, **Результаты** показали, что знания родителей по вопросам профилактики детского травматизма в домашних условиях повысились в среднем в 2,7 раза.

Вывод. Организация и проведение учебных семинаров с использованием современных информационных технологий позволяет дать родителям практические знания и навыки, которые помогут им адекватно реагировать в чрезвычайных ситуациях.

Такие, казалось бы, на первый взгляд пустяки, как оставленные в доступном для малышей месте иглы, гвозди, лезвия бритв, могут привести к травме, а иногда и к смерти. Это же самое касается и газовых плит, обнаженных проводов электросети, открытых окон, лестниц и за свою неосторожность родители иногда очень дорого расплачиваются.

Дети до трех лет очень подвижны. Перед ними раскрывается новый неизвестный мир и, стремясь познать его, они пробуют предметы на ощупь, на вкус, их привлекают яркие, блестящие предметы, которые сделаны из стекла. Играясь такими предметами как иглы, булавки, гвозди, пуговицы, монеты и неумелое обращение с ними часто приводит к ранениям, а иногда малыши и глотают их.



РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Махматмурадова Н.Н., Нормакматов И.З

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время особое внимание исследователей привлекают заболевания органов дыхания. При этом важное значение приобретает их своевременная диагностика.

Цель исследования – выявление рентгенологических изменений при неспецифической интерстициальной пневмонии.

Материал и методы исследования. В качестве материала нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 140 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией (НИП), находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения. Всем больным были проведены общеклинические стандарты исследования по МКБ-10, кроме того всем сделаны снимки рентгенографии и компьютерной томографии высокого разрешения.

Результаты исследования. Полученные **Результаты** свидетельствуют о том, что примерно у 26 больных при рентгенологическом исследовании выявлено усиление корней лёгких с обеих сторон, тяжистость, снижение прозрачности локального характера. У 30 больных выявлено вместе с усилением корней понижение прозрачности обоих лёгких по типу двухсторонней пневмонии. У 27 больных выявлены общие рентгенологические признаки характерные для хронического обструктивного бронхита. Всем больным с **Целью** дифференциальной диагностики проведены КТ-высокого разрешения. При этом выявлены типичные признаки неспецифической интерстициальной пневмонии, включающие в себя снижение прозрачности легочной ткани по типу «матового стекла», тракционные бронхоэктазы и бронхиолоэктазы, утолщение междольковых перегородок, уменьшение объёма нижних долей.

Сложилось мнение в том, что при данной патологии доминирующим над всеми остальными признаком является симптом «матового стекла. Зоны «сотового легкого» в целом нетипичны для этой патологии. По данным разных исследователей, они имеют место у 5-30% пациентов, при этом их распространенность не превышает 10% общей поверхности легких.

Рентгенологическая картина в целом отражает морфологический паттерн неспецифической интерстициальной пневмонии. Для воспалительного (клеточного) субтипа характерно преобладание «матового стекла» и отсутствие «сотового легкого». Фиброзный и смешанный субтип предполагают более разнообразную симптоматику, когда одновременно в разной степени выраженности бывают представлены все четыре главных рентгенологических синдрома, а также (часто, но не всегда) «сотовое легкое».



Необходимо отметить, что возможными находками у больных НИП бывают фокусы консолидации. Данный симптом может отражать одновременное присутствие организуемой пневмонии, с которой НИП в одном из исследований имела перекрест у 50% пациентов.

Установлено, что течение патологии может сопровождаться периодами усиления клинических симптомов, обычно принимаемых как обострение НИП. Точные причины обострения НИП окончательно не установлены, но считается, что наиболее вероятны инфекционные факторы либо внезапные дестабилизирующие события, такие как тромбоэмболия легочной артерии, пневмоторакс, острая сердечная недостаточность и др. Неадекватная терапия либо отмена базисного лечения также может приводить к обострению НИП. На КТ в этот период расширяются зоны «матового стекла» и появляются новые участки консолидации.

Наблюдаемое увеличение лимфоузлов средостения довольно типично при этом, правда этот симптом встречается и при других интерстициальных пневмониях. Необходимо отметить ещё один довольно характерный для НИП симптом, – это присутствие симметричных тонких субплевральных полосок сохраненной легочной ткани (subpleural sparing), за которыми следуют ретикулярные и воспалительные изменения.

Выводы. Таким образом, проведенные рентгенологические исследования с применением КТВП технологий свидетельствуют о том, что для пациентов с неспецифической интерстициальной пневмонией характерно при клеточном субтипе преобладание «матового стекла» и отсутствие «сотового легкого», а при фиброзном или смешанном субтипе одновременно в разной степени выражены все четыре главных рентгенологических синдрома, а также (часто, но не всегда) «сотовое легкое». Характерным также является присутствие симметричных тонких субплевральных полосок сохраненной легочной ткани, за которыми следуют ретикулярные и воспалительные изменения.

СЛИЗИСТАЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Махматмурадова Н.Н., Нормухматов И.З.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. В современной пульмонологической практике наблюдается увеличение осложнений у пациентов, перенесших неспецифическую интерстициальную пневмонию. Выявление их характера и специфических признаков необходимо для проведения соответствующих профилактических мер.

Цель исследования – установление характера изменений слизистой рта у больных, перенесших неспецифическую интерстициальную пневмонию.



Материал и методы. На базе кафедры внутренних болезней №4 Самаркандского государственного медицинского университета в рамках консультативного совета был проведен прием 24 пациентов (16 женщин и 8 мужчин), перенесших неспецифическую интерстициальную пневмонию, с патологией слизистой полости рта, с привлечением врача-стоматолога и применением клинико-лабораторных методов исследования.

Результаты исследования. Наблюдаемые пациенты предъявляли жалобы на различные высыпания, дефекты, появление бляшек, трещин в ротовой полости. Большинство пациентов (86 %), в первую очередь, отмечали неприятный запах изо рта, вероятно, обусловленный нарушениями вкусовой и обонятельной чувствительности. Следует отметить, что нарушения обоняния и вкуса бывают абсолютными и относительными.

На слизистой оболочке щеки образовывались язвы, покрытые фибринозным налетом. На твердом нёбе отмечались множественные ярко-красные эрозии, которые обнаруживались и в ретромолярной области на фоне невоспаленной слизистой оболочки. У 64 % пациентов после проведения бактериологического исследования был поставлен диагноз кандидоз. У некоторых - псевдомембранозный налет на языке в виде белых бляшек. Слизистая оболочка твердого нёба частично гиперемирована, отмечаются энантемы (твердое нёбо). Петехиальные изменения встречались у 17,4 % пациентов. Эритематозная сыпь у пациентов различалась по внешнему виду. В последнем случае на твердом нёбе отмечались миллиметровые петехии без эритемы на фоне невоспаленной слизистой оболочки. Также подобные пациенты отметили появление петехий до разгара болезни, что исключает реакцию слизистой на лекарственные препараты, вероятно, является первопричиной развития патологии.

Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний в полости рта у пациентов, переболевших вирусной инфекцией, является хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Ведущим фактором этиопатогенеза является модуляция перекрестной иммунной реакции, в результате чего в полости рта образуются афты. При этом больные жалуются на наличие резко болезненного дефекта. Они отмечают появление небольшого, диаметром до 1 см, гиперемированного или анемичного, резко ограниченного круглого или овального пятна, которое через несколько часов приподнимается над окружающей слизистой оболочкой, эрозируется и превращается в афту.

Высыпания зачастую множественные, локализация афт – это переходная складка, боковые поверхности языка, слизистая оболочка губ и щек. По мере нарастания тяжести и длительности заболевания количество афт становится больше, удлиняется период их заживления с 7–10 дней до 2–4 недель. В некоторых случаях афты покрыты фибринозным налетом, при этом афты полигональной формы, располагаются на слизистой оболочке нижней губы.



Также следует отметить, что у всех пациентов отмечались заболевания пародонта, гингивита и пародонтита. Гигиена полости рта была неудовлетворительной, обильное количество мягкого зубного налета, над- и поддесневого зубного камня.

Выводы. Следовательно, полученные **Результаты** обследования полости рта у больных, перенесших неспецифическую интерстициальную пневмонию, демонстрируют разнообразные стоматологические проявления. При этом наблюдаются отдаленные неблагоприятные последствия в виде ослабления иммунитета или склонности к аутоиммунным процессам.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ

Махпиева Г.К. Арзибеков А.Г

Андижанский государственный медицинский институт (Узбекистан)

Актуальность исследования. Артериальная гипертензия в настоящее время является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, определяющей структуру кардиоваскулярной заболеваемости и смертности (ВОЗ, 1997).

По данным рабочей группы ВОЗ (2006) смертность в России от ИБС и инсультов мозга, являющихся основными осложнениями артериальной гипертензии, занимает одно из первых мест в Европе. По данным популяционных исследований, проведенных в России, 42 млн. человек старше 15 лет страдают артериальной гипертензией. Из них половина пациентов получают терапию, а адекватно лечатся только 20 % больных

Цель работы: оценить заболеваемость и факторы риска формирования ЭАГ, а также провести оценку выявления ЭАГ в амбулаторных условиях с **Целью** разработки алгоритма раннего выявления и профилактики ЭАГ у подростков

Материалы, методы и объем исследования Направления исследований Источники информации Методы исследования, сбора, анализа и обработки информации Объем исследований. Тенденции в состоянии здоровья современных студентов и факторы их определяющие Источники литературы Контент-анализ, логический, монографический 225 источников. Анализ заболеваемости ЭАГ подросткового населения, ее динамика и структура, распространенность патологии Данные медицинских осмотров, годовые отчеты поликлиник Андижана. Выкопировка данных из первичной медицинской документации, аналитический, статистический 10 годовых отчетов. Комплексная оценка здоровья и факторов риска у подростков с ЭАГ. амбулаторные карты Аналитический, статистический (корреляционный анализ) 60 амбулаторные карты Характер и распространенность факторов риска, неблагоприятных социально-гигиенических факторов, их влияние на здоровье и качество жизни подростков Анкеты, карты



социологического опроса Аналитический, статистический 326 анкеты подростков, 279 карты социологического опроса родителей. Оценка качества раннего выявления эссенциальной артериальной гипер-тензии у подросткового населения в условиях детской поликлиники Карты экспертной оценки, анкеты социологического опроса Аналитический, статистический 99 карт экспертной оценки, 47 анкет социологического опроса врачей-специалистов. Разработка научно-практических рекомендаций, направленных на улучшение здоровья. Статистический, аналитический Пример работы школы ЭАГ 55 подростков Разработка компьютерной программы мониторинга ЭАГ Таблицы программы MS Access. Статистический, аналитический 1112 амбулаторных карт.

Результаты исследования и их обсуждение Нами было проведено изучение заболеваемости и факторов риска эссенциальной артериальной гипертензии у детско-подросткового контингента населения. — в результате исследования выявлено, что возраст матери на момент рождения ребенка с ЭАГ преимущественно составлял 18-24 года (50,0 %), тем не менее, 12,9 % детей были рождены женщинами старше 30 лет и 6,5 % - младше 18 лет' Возраст отца на момент рождения ребенка - 18-24 лет (42,9 %), старше 30 лет -28,5 %. Важно отметить, что 75,8 % обследованных проживали в полных семьях, 19.4 % - с мамой, 3,2 % - с отцом. При изучении материального положения семьи было выявлено, что оно было хорошим в 58,1 % случаев, удовлетворительным - в 33,9 %. Таким образом, каждый восьмой ребенок был рожден женщиной старше 30 лет, четверть детей проживало в неполных семьях и каждый десятый ребенок - в семьях с неудовлетворительным материальным положением, что могло быть причиной эмоциональных переживаний, которые являются не только одним из пусковых механизмов повышения уровня АД, но и доказанным фР развития ЭАГ.

Выводы: Преобладающим фактором формирования ЭАГ у подростков является наличие избыточного веса (59,7 на 100 опрошенных). При избыточном весе ведущее значение и у девушек, и у юношей имеет наличие ГСПП и ВСД, соответствующие показатели составили 22,6 и 19,4 на 100 обследованных юношей и 17,7 и 26,6 - девушек. А в группе с нормальным весом или его недостатком для юношей характерно наличие травм - 48,8, а у девушек - ВСД (43,4). При этом в 45,2 % случаев среди причин повышения АД у подростков указывалось на эмоциональное перенапряжение, связанное с нагрузками в школе.



ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЭРБ

Махсудов М.Т., Гуламов О.М., Ахмедов Г.К.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им акад. В.Вахидова»

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность: В последние годы увеличение числа встречаемости одним из самых грозных заболеваний пищевода – аденокарциномы, которая дала большой акцент для выявления разных изменений пищевода, особенно пищевода Барретта (ПБ). Но выявление изменений в дистальном отделе пищевода, без гистологических исследований не даёт полноценную информацию о достоверности диагноза. Роль биопсии в этом повышается до 80-85%. По современным рекомендациям, пациенты с подозрением на пищевода Барретта, должны регулярно осматриваться эндоскопическими и даже хромоэндоскопическими методами.

Однако использование красителей при хромоэндоскопии имеют некоторые недостатки со стороны визуализации и специалиста. Эндоскопическое исследование в режиме NBI – имеет несколько преимуществ над обычным эндоскопом, что дает более информативные данные при диагностике эрозивных и диспластических изменений слизистой оболочки пищевода.

Цель исследования: Определить эффективность применения эндоскопических исследований при диагностике и лечении эрозивных и диспластических изменений слизистой оболочки пищевода.

Материалы и методы исследования. Для определения эффективности разных методов эндоскопических исследований при диагностике и тактике лечения эрозивных и диспластических изменений слизистой оболочки пищевода нами проанализированы

Результаты исследования 32 больных с осложненными формами ГЭРБ. Исследованию подверглись пациенты обратившийся в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» и в Самаркандский ГМО. Возраст пациентов составило от 25 до 80 л. Преобладали пациенты женского пола: женщин – 21 (65,6%), мужчины – 11 (34,4%). У 8 пациентов (25,0%) исследования проводились первично.

Всем пациентам с подозрением на разные изменения слизистой оболочки пищевода проводилось стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования, в том числе эндоскопические методы.

Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование в обычном режиме и в узкоспектральном режиме (режим-NBI) на эндоскопе CV-170 фирмы Olympus. При обычных эндоскопах в 15 случаях для хромокопии использована 1% уксусная кислота, а при узкоспектральном режиме (режим-NBI) не используется разные красители, что является более удобным, безопасным и более эффективным методом.



Результаты исследования. При обследовании у большинства больных диагностировано эрозивные изменения слизистой оболочки пищевода. У 10 (31,3%) пациентов было подозрение на пищевода Барретта (ПБ). Для определения заболевания применялось Международная Пражская эндоскопическая классификация (2004). Которая определялась максимальная длина «языка пламени» (M) и длина циркулярного изменений (C) слизистой оболочки пищевода проксимально от желудочно-пищеводного перехода.

Биопсия патологического участка является одним из важным критерием исследования. Согласно по Сиэтлскому протоколу биопсия берется в 4-х участках, начиная с Z-линии и пройдя проксимально по 2 см протяженности участка. При этом особенно берется с дистальной и проксимальной части участка метаплазии.

ПБ без дисплазии обнаружили в 3 случаях из 28 исследованных участков. В режиме NBI в 21 наблюдениях (65,6%) выявили ворсинчатую/извилистую структуру слизистой оболочки пищевода и в 11 (35,4%) — плоский тип слизистой оболочки без определенной структуры ямок или складок.

При исследовании в 27 участках (84,3%) определили - сосудистую структуру. Равномерный тип слизистой оболочки выявили в 23 из 28 участков (82,1%) с ворсинчатой/извилистой структурой с равномерным расположением кровеносных сосудов между складок слизистой оболочки. В 5 участках слизистой оболочки с плоским типом обнаружили равномерную сосудистую структуру с нормальным видом длинных разветвленных кровеносных сосудов.

Все больные с пищеводом Барретта (n=10) с подозрением на новообразования пищевода направлены на дополнительные исследования и лечению. Аденокарцинома выявлено у 2 (6,2%) больных. Предоперационную подготовку провели по стандарту. Пациентам проведена следующие операции: у 2 пациентов с аденокарциномой с переходом на кардиальную часть желудка – проксимальная резекция желудка с резекция абдоминального отдела пищевода и формированием эзофагогастроанастомоза конец в бок. В послеоперационном периоде осложнений общего характера не наблюдалось. Больные направлены на диспансерное наблюдение по месту жительства.

У 8 больных на гистологическом исследовании биоптатов обнаружены метаплазии, в 6 случаях желудочные и в двух кишечные. Всем 8 пациентам проведено эндохирургическое лечение.

Выводы: 1. Эндоскопический метод с NBI режимом является более информативным методом, который имеет больше возможностей для диагностики разных эрозивных и диспластических изменений слизистой оболочки пищевода. У пациентов с подозрением на диспластические и неопластические образования пищевода обязательно нужно взять биопсийные материалы в нескольких участках изменённой ткани на гистологическое исследование.

2. При рефлюкс-эзофагитах I-IV степени можно применить комплексное лечение с использованием лазера. А у пациентов с аденокарциномой пищевода нужно провести



расширенную субтотальную проксимальную резекцию желудка или гастрэктомию с лимфадиссекцией.

ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Махсудова Х.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Внутриутробные и неонатальные инфекции являются самой частой причиной смертности новорожденных детей. Большие младенческие потери от ВУИ диктуют необходимость разработки эффективных методов профилактики, прогнозирования реализации ВУИ у новорожденных детей на ранних стадиях для создания условий благоприятного исхода заболеваний.

Несмотря на имеющиеся разработки по прогнозированию ВУИ, остается немало дискуссионных вопросов о применении клинико-организационных моделей с использованием математического моделирования в прогнозировании развития и исходов внутриутробных инфекций на основании изучения состояния биологической системы «мать-плацента-плод-новорожденный ребенок».

Цель исследования. Разработка алгоритма определения длительности антибактериальной терапии у недоношенных младенцев при инфекционно-воспалительных заболеваниях с использованием количественного прокальцитонинового теста (ПКТ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 34 недоношенных ребенка (ГВ 28–32 нед, МТ при рождении 750–2000 г); у 15 имела место врожденная пневмония, у 10 — начальная стадия НЭК, у 9 — бактериальная инфекция с неуточненным очагом.

У всех пациентов выполнено полное клинико-лабораторное обследование, включающее двукратную оценку общепринятых маркеров воспаления (СРБ, лейкоцитоз) и дополнительно количественное определение ПКТ (нг/мл).

Результаты исследования. Значительное повышение уровня лейкоцитов в крови (28 10⁹/л) отмечалось у большинства пациентов с пневмонией и НЭК. Выявлена корреляция динамики улучшения клинического состояния и снижения лейкоцитоза. У 5 из 15 детей с врожденной пневмонией на фоне благоприятной клинической динамики сохранялся повышенный уровень СРБ, но показатели ПКТ не превышали 0,5 нг/мл, что позволило решить вопрос о де-эскалации антибактериальной терапии.

В то же время стабильно повышенный уровень ПКТ у детей с НЭК (0,5–1,5 нг/мл) явился основанием для продолжения антибиотикотерапии с учетом чувствительности выделенной флоры. У 90% детей с неуточненными очагами инфекции при двукратном



исследовании уровень ПКТ не превышал 0,5 нг/мл, что позволило отменить стартовую антибиотикотерапию.

Вывод. Использование количественного теста ПКТ при оценке степени активности воспаления у недоношенных детей с бактериальными инфекциями позволяет определить оптимальную продолжительность антибактериальной терапии, что препятствует селекции резистентной флоры в неонатальном стационаре.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Махсудова Х.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Существуют 2 принципиальных подхода к коррекции гипергликемии у недоношенных детей, получающих внутривенную дотацию глюкозы. Первый - снижение скорости поступления глюкозы.

Однако это является краткосрочным решением, поскольку снижение дотации приводит к уменьшению калоража. Второй метод - инсулинотерапия. Показано, что ранняя инсулинотерапия ассоциируется с более высоким риском развития гипогликемии.

Цель исследования. Оценить целесообразности назначения инсулина при гипергликемии у недоношенных новорожденных

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 68 новорождённых детей с очень низкой массой при рождении $1326 \pm 119,8$ г и гестационным возрастом $29 \pm 1,1$ недель. У всех детей в раннем неонатальном возрасте отмечалась гипергликемия: (9,3–10,2 ммоль/л; глюкозурия — 0,2–0,5 ммоль/л).

Результаты исследования. У всех новорождённых отмечались такие нарушения неонатальной адаптации как синдром дыхательных расстройств и церебральная патология. По поводу гипергликемии 45-и новорождённым был назначен инсулин. Остальные 23 ребёнка инсулин не получали.

Определение уровня глюкозы крови проводилось глюкозооксидазным методом с помощью набора «Фотоглюкоза». Принцип метода основан на окислении -D-глюкозы кислородом воздуха при каталитическом действии глюкозооксидазы. Уровень глюкозурии определялся калориметрическим методом по Альтгаузену.

В группе детей, получавших инсулин, калораж увеличился с 38 ± 30 до 68 ± 19 ккал/кг/сутки. У детей без инсулина калораж составил 39 ± 21 ккал/кг/сутки. Сроки достижения массы тела при рождении в группе детей, получавших инсулин — 10 ± 5 дней, без инсулина — 11 ± 6 дней. Уровень гликемии всех новорожденных стабилизировалось на 10–13 сутки жизни. У 16 детей (9 — с инсулином и 7 — без инсулина) были обнаружены внутрижелудочковые кровоизлияния 2 и 3 степени. Все дети были переведены на самостоятельное дыхание в возрасте 10 ± 3 дней.



Вывод. Гипергликемия у новорожденных детей с очень низкой массой тела следует рассматривать как транзиторное состояние. Назначение инсулина нецелесообразно.

АНАЛИЗ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ

Машарипова Р.Т.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Актуальность. Проблема здорового питания является одной из самых актуальных в наши дни. Полноценное питание должно включать достаточное количество белков, жиров углеводов, витаминов, макро- и микроэлементов для нормального функционирования организма в целом. Сбалансированное питание – верный режим (3-4 раза в день), верные продукты. Студенты чаще всего не имеют возможности соблюдать правильный режим питания из-за нехватки времени. Следовательно, их питание крайне нерегулярно и неполноценно. Перекус быстрыми углеводами на ходу 1-2 разав день самый привычный и оптимальный вариант, чтобы все успевать и сохранять энергию. Рациональное питание основа здорового образа жизни. Нехватка времени, неком петентность в вопросах культуры питания, темп современной жизни все это привело к неразборчивости в выборе продуктов, и как следствие, к неправильному и нездоровому питанию. Последствия нерационального питания неблаго приятны для организма: увеличивается риск развития сер дечно-сосудистых заболеваний, заболеваний ЖКТ.

Цели исследования. Анализ организации и выявление режима питания современных студентов.

Материалы и методы. Изучение теоретических аспектов по теме; анализ литературы; проведение анкетирования среди студентов разных вузов и обработка результатов.

Результаты исследования. На пользовательской странице в социальной сети был проведен опрос о питании каждого из респондентов. Было опрошено 250 человек разнопола и возраста. Среди респондентов оказались 83,0% жеского пола и 17,0% мужского. Большинство опрошенных в возрасте 18-20 лет (71,6%), 21-23 лет – 23,9%, старше 24лет – 4,5%. Анализ результатов опроса показал, что из 100% – 69,3% считают свой вес нормальным, 21,6% – избыточным и 9,1% недостаточным. При этом считают свое питание правильным только 28,4%. Так как рациональное питание особенно подразумевает употребление свежих овощей и фруктов каждый день, в анкету был включен вопрос о частоте их применения: 25,0% ответили «каждый день», 47,7%, то есть большинство, включают в рацион 1-2 раза в неделю. Самый большой враг здорового питания – это фастфуд или еда быстрого приго товления. Так как большинство студентов, не только учится, но и работает, режим питания нарушается, часто встречается чрезмерное употребление в пищу выпечки, сладкого и фастфуда различных видов, что ведет к



ожирению, гастриту, на рушению пищеварения. Анкетирование показало, что 52,3% питаются фастфудом 1-2 раза в неделю, 14,8% – каждый день, 14,8% – 3-4 раза в неделю, но есть и практически не употребляющие его, их 18,2%. Режим питания респондентов пред ставлен следующим образом: 1-2 раза в день – 23,9%, 2-3раза в день – 38,6%, 3-4 раза в день (норма) – 26,1%. Последний прием пищи для нормальной работы организма должен быть за 4 часа до сна, а так как подавляющее количество не соблюдают режим дня из-за большой нагрузки, то и это правило, соответственно, нарушают. И так, 56,8% принимаю пищу после 21:00, что нежелательно, так как организму тяжелее переваривать пищу в ночное время из-за отсутствия движения и усталости за целый день, 25,0% после 23:00, что вообще недопустимо. Проведенное исследование показало, что многие студенты не следят за своим питанием и часто едят нездоровую пищу, забывая про важность присутствия витаминов в рационе. Также наблюдается несоблюдение режима питания среди опрошенных студентов.

Выводы. Среди студентов часто наблюдаются заболевания, которые так или иначе связаны с неправильным питанием, пренебрежительным отношением молодежи к своему рациону. Это вовсе не обязательно приведет к ожирению несбалансированное питание способно нарушить почти всеважные процессы жизнедеятельности. Во избежание серьезных проблем со здоровьем следует заботиться об этом смолоду, чтобы не создавать проблемы себе и будущему поколению.

ОСОБЕННОСТИ ВИДЕЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Мирзабаев Г.Э., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Минаваров Н.Ю.

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В арсенале хирургических методов лечения ОКХ, наряду с «традиционными» ХЭ широко стали применяться малотравматичные операции - ХЭ из мини-доступа и лапароскопическая холецистэктомия, поскольку полностью отвечают этим новым требованиям. Однако, **Результаты** хирургического лечения ОКХ не до конца удовлетворительны, что связано высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности.

Материал и методы исследования. За период с 2020 по 2021 годы на базе отделения хирургии РЦЭМП АФ по поводу ОКХ на фоне ожирения нами исследовано 1033 больных.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Результаты и их обсуждение. На сегодняшний день лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) являясь мини-инвазивным способ хирургического лечения ОХ, в круглосуточном режиме, широко используется при выполнении операции холецистэктомии (ХЭ). Выполнение ЛХЭ при ОКХ на фоне ожирения вызывают определенные технические трудности, что требует значительного опыта хирурга. Следует также иметь в виду, что ЛХЭ в «изолированном» виде нецелесообразна без полноценной диагностики всего билиарного тракта.

В период подготовки к ЛХЭ наряду с УЗИ нами выполнялась КТ или МСКТ для уточнения скелетотопии желчного пузыря (ЖП), что позволяло в подавляющем большинстве случаев избежать интраоперационного повреждения жизненно важных окружающих структур и к соответственно, конверсий. В результате дополнительных специальных исследований, также определяли топографические изменения всех отделов ЖП (особенно в области шейки ЖП – пузырьный проток и пузырьная артерия) связанные с наличием выраженной жировой клетчатки. В результате признаки жировой инфильтрации околопузырной клетчатки, в группе сравнения установлены – у 99 (21,8%) больных, а в основной - у 152 (26,2%), увеличенный ЖП - у 31 (6,8%) и 103 (17,7%), соответственно.

В связи с трудностями определения дооперационного распознавания особенностей шеечно-протокового отдела ЖП, где жировая клетчатка является выраженной в связи с ожирением, которое создает определенные сложности в дифференцировке в зоне треугольника Кало и шейки ЖП. Сложности в техническом плане у больных ОКХ на фоне ожирения были обусловлены значительным развитием жировой ткани большого сальника, что уменьшает полезное пространство брюшной полости для эндо-визуального контроля и создают технические трудности для манипуляций эндо-инструментами. Вместе с тем, напряженный пневмоперитонеум, отрицательно сказывается при наличии патологии со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Нами особое внимание уделялось толщине подкожно-жировой клетчатки, его конфигурации и свободной экскурсии передней брюшной стенки. При выраженной подкожно-жировой клетчатки целесообразнее дополнительный захват передней брюшной стенки и над лоном (т.е. с трех точек), что облегчает **Введение иглы.** У больных с ожирением **Введение** манипулятора проводилось в одной из стандартных точек, что создавало возможность перемещать сальник и улучшать визуальный обзор. Для облегчения манипулирования на ЖП головной конец операционного стола приподнимается на 20-250 и наклоняется влево.

Введение «эпигастрального» троакара оправдано проведение в брюшную полость слева от связки. При выполнении разреза над пупком «умбиликальный» и «эпигастральный» троакары оказываются близко друг от друга, что создает острый угол. В результате, инструменты сходясь в области шейки ЖП мешают друг другу. Во избежание данного обстоятельства, у больных с ожирением выполнение «умбиликального» разреза



эффективно проводить ниже пупка. В зависимости от операционной находки, производится установка остальных троакаров.

Методика выделения элементов ЖП у больных ОКХ на фоне ожирения отягощается наличием выраженной жировой ткани. Поэтому после мобилизации шейки ЖП, приступаем к выделению пузырной артерии. При выделении ЖП из ткани печени на фоне ожирения, могут возникнуть кровотечения из ложа. При этом прибегали к дополнительной электрокоагуляции. Извлечение ЖП осуществляли через «эпигастральный» доступ. Подпеченочное пространство дренируется по типу «проточной» системы двумя дренажами. Соблюдение перечисленных особенностей оперативного вмешательства у больных ОКХ на фоне ожирения, при выполнении ЛХЭ позволяет избежать дискредитации метода.

Придерживаясь указанной методики прооперированы 49 больных с ОКХ на фоне ожирения. Из них в 2 (4,1%) случаях мы столкнулись с кровотечением из ложа ЖП. Гемостаз восстанавливали электрокоагуляцией. У 7 (14,3%) больных развились гнойно-септические осложнения со стороны раны. Из общих осложнений, в 1 (2,0%) случае диагностировали пневмонию.

Заключение. ЛХЭ имеет целый ряд преимуществ по сравнению с «традиционной» ХЭ: меньшая травматичность, выраженность болевого синдрома умеренная; снижение уровня кровопотери; уменьшение частоты послеоперационных осложнений; сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре. Однако, следует подчеркнуть, что ЛХЭ является достаточно сложной, "ювелирной", операцией, требующей твердых топографо-анатомических знаний гепатобилиарной и панкреатодуоденальной зоны и навыков выполнения инструментальных манипуляций с учетом телевизионного изображения в режиме реального времени.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОКХ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ С УЧЕТОМ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И АНТИСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

Мирзабаев Г.Э., Хакимов Д.М., Бобаев У.Н., Касимов Н.А.

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность проблемы. По данным статистических исследований последних лет 10-15% людей в мире страдают ЖКБ. К тому же, проблема ожирения оценивается плохо изученной, имеющая значительные экономические последствия.

Материал и методы исследования. За период с 2020 по 2021 годы на базе отделения хирургии РЦЭМП АФ по поводу ОКХ на фоне ожирения нами исследовано 1033 больных, которые условно выделены в две группы:



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



- группа сравнения (2020г.) - 454 (43,9%) больных с ОКХ на фоне ожирения, где хирургическая тактика (лечебно-диагностическая программа, выбор способов оперативных вмешательств, предоперационная подготовка и послеоперационное ведение) основана по общепринятым принципам;
- основная группа (2021г.) - 579 (56,1%) больных с ОКХ на фоне ожирения, где хирургическая тактика основаны на усовершенствованном лечебно-диагностическом алгоритмах, выборе способов оперативных вмешательств, предоперационной подготовки и послеоперационном ведении с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови – проспективное исследование.

Результаты и их обсуждение. Согласно предлагаемому алгоритму при поступлении больных с ОХ в приемное отделение РНЦЭМП «АФ» проводилось определение клинично-anamnestических данных (жалобы, анамнез заболевания и жизни). При этом особое внимание уделяли на ранее перенесенные операции (особенно в верхнем этаже брюшной полости), наличие сочетанной хирургической патологии (эхиноккоз печени, селезенки, грыжи белой линии или послеоперационные грыжи). После приступали к клинично-лабораторным исследованиям – общий анализ крови и мочи, биохимические анализы, в последнее время тесты на Covid – 19; ЭКГ, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, УЗИ; Затем определяли наличие и степень выраженности сопутствующей терапевтической патологии.

С **Целью** определения степени ожирения мы пользовались формулой определения индекса массы тела (ИМТ), что представлено во 2-ой главе. Также для получения информации о свободной экскурсии передней брюшной стенки и полезного пространства брюшной полости (на случай выполнения ЛХЭ) до операции, в положении больного лежа на спине, производился захват кожной складки двумя руками с тракцией вверх и вниз. Измеряли окружность живота сантиметровой лентой в фазе максимального выдоха точно над пупком перпендикулярно к позвоночному столбу. Зафиксировав первый параметр, предлагается максимально надуть живот для повторного замера. Разница параметров с учетом релаксации давало возможность судить о возможном полезном объеме брюшной полости при ХЭ у пациентов на фоне ожирения.

С **Целью** безопасного оперирования, нами создана рабочая классификация состояния передней брюшной стенки на фоне ожирения (рац. предложение №54 от 20.02.2023г). При диагностировании сопутствующей терапевтической патологии, в отделении хирургии проводили их коррекцию совместно с терапевтами, кардиологами, эндокринологами и так далее (в зависимости от характера патологии). В этой группе показания к ХЭ (сроки и характер оперативного вмешательства) определяли проведением консилиумов врачей при участии анестезиолога-реаниматолога.

Инструментальная диагностика начиналось с УЗИ современными аппаратами, которая давала необходимую информацию. Для уточнения локализации ЖП, а также оптимального выбора способа операции и доступа, дополнительно проводилось КТ или МСКТ. По ходу проведения инструментальной диагностики, проводился забор крови для



определения состояния свертывающей и антисвертывающей системы крови и тем самым определялось степень риска к ТЭО. К моменту постановки клинического диагноза и определения степени ожирения, нами определялось состояние свертывающей и антисвертывающей системы.

Полученные данные позволяли предпринять меры специфической и неспецифической профилактики ТЭО (обязательное бинтование нижних конечностей до операции; назначение дозы антикоагулянтов – клексан, кардиомагнил, проводилось в зависимости от степени ожирения и риска ТЭО – умеренный или высокий), а также оптимизировать выбор способа ХЭ и уточнить доступ при установлении показаний к ХЭ из мини-доступов.

В послеоперационном периоде наряду общепринятой терапией послеоперационного ведения данного контингента нами проводилась целенаправленная профилактика ТЭО под контролем свертывающей и антисвертывающей системы крови, постепенно переходя к антикоагулянтам непрямого действия и по показаниям - к таблетированным препаратам.

Заключение. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм при ОКХ на фоне ожирения с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови, а также способ ХЭ из мини доступа и рабочая классификация состояния передней брюшной стенки, позволяет оптимизировать хирургическую тактику. Оптимизация хирургической тактики позволила снизить частоту ятрогенных осложнений в основной группе по отношению на 14,1%, послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством - на 13,7%, гнойно-септические – на 5,1%, летальность - на 2,8%, релапаротомий - на 3,9% и конверсий – на 2,3%.

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы исследования. Суицидальное поведение является одной из важнейших проблем общественного здравоохранения в любой стране и в любом обществе. В 2017г. самоубийства составили 1,4% смертей в мире, заняв 15-е место среди всех причин смерти.

Цель исследования: изучение половых различий социально-демографических, клиничко-психопатологических, личностно-психологических характеристик и динамики суицидального поведения подростков, совершивших суицидальную попытку.

Материал и методы исследования. Исследование являлось открытым сравнительным проспективным с параллельными независимыми группами (мужской и



женской). Всего было обследовано 89 подростков в возрасте от 14 до 17 лет включительно, 42 юноши и 47 девушек (средний возраст 15,6+1,1 лет).

Результаты исследования. **Результаты анализа социально-демографических характеристик подростков.** Сравнение возрастных показателей у подростков выявило преобладание девушек более раннего возраста (14 лет) по сравнению с юношами (27,7% и 19,0% соответственно). Суицидальная активность у юношей имела возрастную динамику в виде равномерного увеличения количества суицидальных попыток с пиком в возрасте 17 лет (31,0%). Напротив, у девушек имелось два пика суицидальной активности в возрасте 14 лет (27,7%) и в возрасте 16 лет (31,9%). При этом средний возраст девушек и юношей статистически не различался и составлял 15,5+1,1 и 15,7+1,1 соответственно.

При анализе половых различий было выявлено, что среди девушек преобладали учащиеся общеобразовательных школ (42,5%), доля учащихся в средних специальных заведениях составляла 29,8%. У юношей наблюдалось обратное распределение: учащиеся общеобразовательных школ - 19,0%, учащиеся средних специальных заведений - 52,4%. Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,05$). Юноши проживали в менее благоприятных бытовых условиях коммунальных квартир (45,2% юношей и 23,4% девушек) и в интернатах (14,3% юношей и 2,1% девушек).

Выводы. 1. Суицидальное поведение является сложным экстранозологическим интегративным феноменом, проявляющимся во взаимодействии средовых, биологических и психологических факторов и зависящим от возрастных и половых особенностей индивидов.

«РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ДОПЛЕРОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ АССОЦИИРОВАННО С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И БЕЗ»

Мирзаев К.К., Камалов Т.Т., Хайдаров М.О.

Андижанский Государственный Медицинский Институт, кафедра хирургических болезней и гражданской обороны, Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова, отделение диабетической стопы,

Актуальность. Осложнения язв стопы являются основной причиной госпитализации и ампутации у пациентов с диабетом и приводят к значительным затратам на здравоохранение, о чем свидетельствует тот факт, что 20–40% ресурсов здравоохранения расходуются на диабетическую стопу, связанную с диабетом. Синдром диабетической стопы (СДС) представляет собой серьезное долговременное осложнение



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



сахарного диабета (СД), приводящее к ампутациям, инвалидности и снижению качества жизни.

Цель исследования – изучить **Результаты** доплерографии сосудов нижних конечностей у пациентов с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы ассоциированно с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и без нее.

Материал и методы исследования. Нами в течение 2021-2023 года на базе отделения хирургии АндГосМИ было осмотрено 86 больных с СДС нейроишемической формой, из них 61 мужчин и 25 женщин, средний возраст составил 64,5 лет. Пациенты были распределены на 4 группы: 1 гр – пациенты с СД 2 типа и нейроишемической формой СДС и ХСН – 24 больных, 2 группа – пациенты с СД 2 типа и нейроишемической формой СДС без ХСН – 22 больных, 3 группа – пациенты с СД 2 типа и нейроишемической формой СДС, ХСН и дисциркуляторной энцефалопатией 2-3 ст – 20 больных. 4 группа – лица с ХСН без нарушений углеводного обмена – 20 больных. Группу контроля составили пациенты с СД2 без СДС и без ХСН (n=20)

Все пациенты были подвергнуты общеклиническим, биохимическими инструментальным методам исследования – ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга, нижних конечностей, ЭКГ, Эхо-ЭКГ, бактериологический анализ отделяемого из раны, а также статистические методики.

Результаты исследования. При выполнении качественного анализа состояния КИМ у пациентов основных групп с СД 2 были выявлены различные изменения: диффузное утолщение КИМ с появлением в структуре интима-медиа дополнительных слоев повышенной и пониженной эхо-генности ОБА, поверхностной артерии бедра (ПАБ), подколенной артерии (ПКА), задней большеберцовой артерии (ЗББА) и передней большеберцовой артерии (ПББА) – 100% случаев; наличие в структуре КИМ множественных локальных зон повышенной эхогенности с визуализацией атеросклеротических бляшек (в ЗББА и ПББА – у 95% пациентов, в ПКА – у 80%, в ОБА и ПАБ – у 71,7%;

Выводы. 1. Среди факторов риска в исследуемых группах доминировали наследственная отягощенность по СД - всего 24 случаев из 86 (27,9%), курение – всего 42 наблюдений (48,8%), алкоголизм – 20 случаев (23,3%). 2) У больных с ХСН с СД 2 типа в периферических сосудах происходят изменения, имеющие двусторонний и диффузный характер, в то время как у больных с ХСН без СД 2 типа обычно изменения в периферических артериях носили односторонний характер с патологией единичного сегмента артериального дерева.



ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА И БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ

Мирзаева М.М., Насриддинова М.А., Салиева М.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Санитарно-просветительная работа в практической деятельности врачей и медицинских сестер лечебно-профилактических стоматологических учреждений имеет особо важное значение, не только из-за высокой распространенности кариеса зубов и заболеваний пародонта, но прежде всего потому, что многие профилактические и гигиенические мероприятия должны осуществляться лично, в домашних или производственных условиях. Поэтому без пропаганды основных сведений о сущности стоматологических заболеваний и методах их предупреждения немислимо и проведение профилактической работы среди населения, особенно среди беременных женщин.

Цель исследования. Изучить особенности профилактики кариеса зубов и болезней пародонта у беременных и антенатальную профилактику кариеса зубов детей.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ методов антенатальной профилактики основных стоматологических заболеваний и роль стоматологического просвещения беременных в профилактике стоматологических заболеваний у детей.

Результаты исследования. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта у беременных преследует двоякую **Цель:** улучшить стоматологический статус женщины и осуществить антенатальную профилактику кариеса зубов детей. Мероприятия по профилактике стоматологических заболеваний во время беременности должны быть организованы с учетом степени тяжести стоматологических заболеваний и течения беременности. Здоровье матери во время беременности влияет на развитие зубов ребенка, особенно в период 6-7-й недели, когда начинается процесс закладки зубов.

Исследования зачатков зубов показали, что при патологическом течении беременности минерализация эмали зубов плода замедляется, а нередко и приостанавливается на стадии начального обызвествления. В постнатальном периоде минерализация таких зубов хотя и улучшается, однако не достигает нормального уровня обызвествления временных зубов.

Выделяют группу факторов, действие которых нарушает полноценное формирование зубочелюстной системы. К ним относятся: наличие экстрагенитальной патологии у матери; осложнения беременности (токсикозы первой и второй половины); стрессовые ситуации во время беременности; заболевания новорожденных и детей грудного возраста; раннее искусственное вскармливание. Уже в ранние сроки беременности происходит ухудшение состояния твердых тканей зубов и пародонта на фоне неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта и сдвигов в составе



ротовой жидкости. Это обуславливает необходимость проведения профилактических мероприятий на протяжении всего срока беременности.

Выводы. Женщинам рекомендуется выполнять комплекс общих профилактических мероприятий, включающий в себя правильный режим труда и отдыха, полноценное питание, витаминотерапию. Полноценный сон до 8-9 часов, длительное пребывание на свежем воздухе в сочетании с дозированной физической нагрузкой способствует поступлению в организм кислорода.

Питание должно быть разнообразным, с необходимым количеством витаминов и микроэлементов. В первой половине беременности организм женщины нуждается в непрерывном поступлении белка. Во второй половине возрастает потребность в витаминах, микроэлементах и минеральных солях. Овощи, фрукты должны быть постоянными ингредиентами пищевого рациона. Основными источниками витаминов должны являться продукты питания, а также прием поливитаминных препаратов.

АНАЛИЗ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ВОЗ ПО ПИТАНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

Актуальность темы. Именно ВОЗ совместно с ФАО (Продовольственной и сельскохозяйственной организацией ООН) стали инициаторами учреждения Всемирного дня безопасности пищевых продуктов, т.к. они обладают наиболее полными сведениями и статистикой по заболеваниям, вызываемым продуктами питания, пищевыми отравлениями, а также курируют те сферы жизни общества, которые связаны с производством пищевых продуктов и оказанием медицинских услуг. По данным ВОЗ, ежегодно в мире от пищевых инфекций, а также болезней пищевого происхождения умирает около 3 миллионов человек, а число регистрируемых заболеваний этого происхождения составляет порядка 600 миллионов случаев в год.

Цель исследования. Анализ глобальной стратегии ВОЗ по питанию и профилактике заболеваний, изучение материалов и методов исследования ВОЗ по безопасности пищевых продуктов в сотрудничестве с государствами-членами и другими соответствующими организациями.

Результаты исследования. Признавая глобальное бремя болезней пищевого происхождения, от которых страдают люди всех возрастов, особенно дети в возрасте до 5 лет и люди, живущие в странах с низким уровнем дохода, в 2018 году ООН объявила о том, что каждый год 7 июня будет проводиться Всемирный день безопасности пищевых продуктов. Безопасность пищевых продуктов должна обеспечиваться на всём пути их от места произрастания и производства до стола человека. Здесь должны учитываться факторы безопасного использования удобрений и средств борьбы с вредителями на



стадии выращивания зерновых, зернобобовых, плодовоовощных и ягодных культур, безопасное производство мясопродуктов, птицы и рыбы, способы их правильного хранения и транспортировки, а также обработки при приготовлении пищи или употреблении в пищу. На любой из этих стадий продукты, употребляемые в пищу или используемые для её приготовления, могут стать источником опасности для здоровья человека при нарушении установленных правил производства, транспортировки, хранения или правильного приготовления. Отдельной проблемой безопасности пищевых продуктов является культура приготовления и процесса употребления пищевых продуктов, когда потребитель сам нарушает естественные нормы гигиены, правильного питания и основных базовых принципов транспортировки, хранения и подготовки продуктов к употреблению в пищу. В мае 2014 г., принимая во внимание быстрый рост числа детей грудного возраста и других возрастных групп с ожирением во многих странах, ВОЗ учредила Комиссию по ликвидации детского ожирения. В 2016 г. Комиссия предложила ряд рекомендаций для успешной борьбы с ожирением среди детей и подростков в условиях разных стран мира. В мае 2018 г. Ассамблея здравоохранения приняла Общую программу работы, которой ВОЗ будет руководствоваться в 2019—2023 гг. Сокращение потребления соли/натрия и исключение трансжиров промышленного производства из состава пищевой продукции определены в качестве приоритетных действий ВОЗ для достижения целей по обеспечению здорового образа жизни и содействию благополучию для всех в любом возрасте. Для оказания содействия государствам-членам в принятии необходимых мер для исключения трансжиров ВОЗ разработала дорожную карту для стран (пакет мер REPLACE) в целях ускорения действий.

Выводы. Поэтому к формированию здоровой продовольственной среды — включая продовольственные системы, способствующие разнообразному, сбалансированному и здоровому питанию, — необходимо привлекать многочисленные сектора и заинтересованные стороны, в том числе правительства и государственный и частный сектора.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Мирзакаримов Б.Х., Джумабоев Ж.У., Нўъмонов Б.

Андижанский государственный медицинский институт. Узбекистон.

Деформации грудной клетки среди детского населения могут быть врожденными и приобретенными. Наиболее частей врожденной деформацией является воронкообразная и килевидная, а также изолированные деформации в виде расщепления, сращения, западения, аплазия ребер.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Причиной приобретенных деформации могут быть заболевание легких, рахит, травмы а также после операции на сердце. По мнению большинство авторов различные деформации представленной собой не только как косметический дефект но и как причина функциональных нарушений со сторона органов дыхания и сердца, иногда и нарушений психики. Основным методом лечения является оперативная коррекция грудной клетки. Но на фоне сопутствующих заболеваний (пневмония, бронхит, аденоиды, нарушений обменных процессов) корригирующая торакопластика представляет большой риск.

Цель: Разработка реабилитационных мероприятий до и после корригирующей торакопластики.

Материал и методы. В клинику детской хирургии нами было госпитализован 185 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Из них у 160 больных детей врожденная воронкообразная деформация грудной клетки, у 25 детей килевидная деформация. По полу соответственно мальчиков и девочек 3:1. По степени воронкообразной II-степень у 125 детей III- степень у 35 детей. Килевидная деформация по типу распределилась: манубриокостальной – 10, корпорокостальный – 8, костальный тип у 7 детей. У всех детей кроме косметического дефекта отмечалось быстрая утомляемость, одышка. У детей более старшего возраста отмечались загрудинные боли. При обследовании у 90% больных было выявлено хронический бронхит, аденоиды, тонзиллит. У детей в дальнейшем наблюдалась склонность к нарушению психического статуса, как: недовольства внешним видом, застенчивость, апатия, ограниченность общения со сверстников и т.д.

С учетом состояния больного до операции было проведено реабилитационные мероприятия. Все больные до госпитальном периоде были подвергнут оториноларингологическому обследованию и лечению, общеукрепляющей и антибиотикотерапия, а также курс психотерапии. Реабилитационные период в среднем составлял 25-30 дней в амбулаторном условиях. В результате проведения комплекса мер улучшилось общее состояния, повысилась сопротивляемость организма, увеличилось масса тело, улучшение показателей дыхания и сердца что является основным критерием подготовки больного на оперативное лечение.

Таким образом, у детей с врожденной деформации грудной клетки часто наблюдается сочетанные патологии со стороны ЛОР органов и дыхания. Проведения реабилитационных мер до оперативного лечения является залогом успеха лечения и профилактикой осложнений.



ВЛИЯНИЕ ГИРОКИНЕЗИИ НА МАССУ КРЫС И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мирзарахимова М.А.

Андижанский медицинский государственный институт

Кафедра нормальной физиологии

Целью настоящей работы явилось изучение изменения массы тела и поджелудочной железы экспериментальных крыс при сочетанном влиянии гипокинезии, высокой температуры и инсоляции. Эксперименты были выполнены на белых лабораторных беспородных крысах самцах, весом 180-200 г, в разные периоды года – осенью (при температуре внешней среды 200-250С) и летом (при температуре внешней среды 370-400 С). Гипокинезию моделировали путем помещения крыс в специальные пеналы малого размера на различные по продолжительности время (1,3,7 часов, 1,3,5,7,10,15,20,25 суток, 1,2,3,4 месяцев).

Осенний период изучали влияние только одной гипокинезии, а летом изучали сочетанное влияние гипокинезии, высокой температуры и инсоляции на массу экспериментальных крыс и их поджелудочной железы.

Полученные результаты показали, что с увеличением длительности пребывания экспериментальных крыс в состоянии ограничения двигательной активности с 25 суток и более (1,2,3,4 месяца) получены несколько иные результаты, чем после 10,15 и 20 суточной гипокинезии. При 25 суток и более длительности гипокинезии изменении массы тела крыс контрольных и экспериментальных групп не идентичные. В обеих группах после гипокинезии наблюдается увеличение массы крыс по сравнению с их исходным уровнем. Но при этом масса крыс экспериментальной группы намного меньше чем показатели контроля. Значит, в экспериментальной группе крыс рост и развитие намного отстаёт, чем таковые показатели контроля.

При действии только одного фактора гипокинезии изменение массы крыс зависел от ее длительности. При продолжительности гипокинезии от 1-го часа до 7 суток не наблюдали разницы массы контрольных и экспериментальных групп крыс до и после гипокинезии. После 10,15, и 20-и суточной продолжительности гипокинезии масса крыс обеих групп (контроль и эксперимент) стало достоверно больше, чем исходного их уровня. Увеличение массы обеих групп крыс, скорее всего является результатом роста и развития их за время эксперимента. С увеличением длительности пребывания экспериментальных крыс в состоянии ограничения двигательной активности с 25 суток и более (1,2,3,4-месяцев) получены несколько иные результаты, чем после 10,15, и 20 суточной гипокинезии. При 25 суток и более длительности гипокинезии изменении массы тела крыс контрольных и экспериментальных групп не идентичные. В обеих группах после гипокинезии наблюдаются увеличение массы крыс по сравнению с их исходным уровнем. Значит, в экспериментальной группе крыс рост и развитие намного отстает, чем таковые показатели контроля.



Отсюда можно заключить, что длительное изменение объёма мышечной деятельности приводит к уменьшению энергозатрат, снижению биоэнергетики и интенсивности структурного метаболизма в мышцах, определяются признаки дистрофии и деструкции. К настоящему времени накопились прямые и косвенные данные, свидетельствующие о том, что при гипокинезии у животных и людей снижается интенсивность синтеза тканевых белков и увеличивается интенсивность их распада.

ФЕРМЕНТЫ КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ВНЕШНЕЙ ТЕМПЕРАТУРЕ И ИНСОЛЯЦИИ

Мирзарахимова М.А.

Андижанский медицинский государственный институт
Кафедра нормальной физиологии

Цель настоящей работы, было изучение ферментов крови при различной внешней температуре и инсоляции. Эксперименты проводились в раз-ные периоды года, когда температура внешней среды резко отличалась. Зимой (декабрь) - температура экспериментальной комнаты была 10°- 15°С, осенью (октябрь) и весной (апрель) температура составляла 20°-25°С, летом (июль) - температура была 37-40°С. Эксперименты выполнены на 50 беспородных крысах - самцах весом 150-200 г. Летом изучали влияние высокой температуры и инсоляции. Крысы подвергались влиянию инсоляции на солнечной площадке каждодневно, в 12 ч дня в течение 30 мин. Питание было смешанное, белково-углеводное. В клетке постоянно находился сосуд с питьевой водой. Крысы непосредственно перед забоем находились под наркозом. Они забивались путем декапитации. После декапитации крыс собиралась их кровь и в ее сыворотке определяли активность гидролитических ферментов.

Результаты наших исследований по ферментам крови у крыс в зависимости от температуры внешней среды и воздействия инсоляции показали, что при комфортной температуре (20 – 25 С, контрольная группа) в крови активность амилазы достаточно высокая, она равняется $529,0 \pm 14,0$. В крови липолитическая активность намного ниже, чем ее амилитическая активность. Это еще раз подтверждает мнение о том, что поджелудочная железа является одним из источников ферментов крови.

Содержание общего белка в крови $67,3 \pm 4,3$. Значит в крови этот показатель, содержание общего белка намного выше, чем в гомогенате поджелудочной железы. В крови циркулируют не только ферментные белки, но содержатся и другие.

При высокой температуре окружающей среды активность ферментов в крови снижается. Амилитическая активность крови экспериментальных животных в 2,3 раза, а липолитическая активность в 3,1 раза меньше чем такие показатели контроля. Значит, высокая температура подавляет не только секрецию ферментов, а также снижает их



инкрецию в кровь. Содержание общего белка при высокой температуре остается без изменений.

Несколько иные результаты получены при сочетанном влиянии высокой температуры и инсоляции. При этом активность ферментов в крови снижается, но выраженность их неодинаковы.

При сочетанном их влиянии на экспериментальных животных, снижение амилалитической активности менее выражено, чем при воздействии только теплового фактора. А липолитическая активность крови наоборот более подавлена при сочетанном солнечно-тепловом воздействии, чем при действии одного тепла. Отсюда заметно, что между этими ферментами наблюдается как бы конкуренция, подавление активности одного из них усиливает синтез другого. Видимо, протеинсинтез этих ферментов осуществляется из одного общего субстрата, усиленный расход на синтез одного из них приводит к уменьшению синтеза другого.

Одновременное воздействие тепла и инсоляции снижает содержание общего белка в крови. Значит, сочетанное влияние солнечно-теплового воздействия больше подавляет протеинсинтез в организме экспериментальных животных. Это естественно, белки крови синтезируются в печени, циркулируют между кровью и поджелудочной железой в основном ферментные белки. Видимо, сочетанное влияние этих факторов изменяет гистогематический барьер и это приводит к усилению проницаемости белков из крови в поджелудочную железу и обратно.

Значит, высокая внешняя температура и инсоляция подавляет секрецию и инкрецию ферментов поджелудочной железы. Эти факторы по-разному тормозят протеинсинтез различных панкреатических ферментов. Секреторная деятельность поджелудочной железы и содержание ферментов в крови зависит от времени года, для разных ферментов выраженность их сезонной зависимости неодинаковы.

МОРФОЛОГИЯ АОРТЫ КРЫСЯТ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПОТИРЕОЗОМ

**Мирзамухамедов О.Х., Махмудова.У.М,
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**

На сегодняшний день Средняя Азия считается наиболее распространённой зоной эндемического зоба. Состояние межорганных взаимосвязей внутриэндокринной системы является определяющим в патогенезе многих эндокринных заболеваний. Анализ научной и медицинской литературы доказывает, что у детей, рожденных от матерей с нарушениями щитовидной железы приводит к неблагоприятным иногда необратимым осложнениями других органов, в том числе аорты. По литературным данным субклинический гипотиреоз является фактором риска остановки развития плода либо аномалий его развития, в некоторых случаях приводит даже потери плода. Особенно если



это касается гипотиреоидного состояния в период беременности и лактации. В результате этого было обусловлено **Актуальность** и своевременность проведения дальнейшей разработки данной проблемы, имеющей несомненную теоретическую и практическую значимость.

Цель исследования: изучение гистологических изменений и морфологические особенности стенки различных участков аорты в потомства, рожденных от матерей с данной патологии.

Методы исследования: окрашивали срезов аорты с гематоксилин-эозином. Была создана экспериментальная модель гипотиреоза, с помощью мерказолила, подавляющий гормон продуцирующую функцию щитовидной железы. Морфологические исследование аорты проводились в постнатальном онтогенезе (лактационным периоде) в 3, 7, 14, 21, и 30 сутки.

При морфологическом исследовании аорты 3 и 7 дневных крысят наблюдаются незначительные изменения в виде расширения мелкокалиберных сосудов. В 14 дневных крысят отмечаются дистрофические изменения эндотелиоцитов, которое приводило к реакцию на местных склерозированных стенок сосудов, а также наблюдается расширение среднекалиберных сосудов. В 21- дневных крысят обращает на себя внимание усиление диффузной проницаемости плазмы кровеносных сосудов в межорганное пространство, именно в тех участках, где локализуется аорты. Кроме этого можно наблюдать значительное расширение артериолы и венулы, а в средних слоях аорты наблюдается утолщение. В некоторых случаях сосуды резко гиперемированы. В результате повышение проницаемости сосудов на 30-е сутки в наблюдалось набухание аорты. Миоциты имели плотную консистенцию и был красновато-коричневого цвета. На разрезе можно увидеть увеличение среднего слоя аорты. Если обращать внимание можно увидеть наличие неупорядоченной гипертрофии миоцитов, характеризующейся неравномерным расположением миофибрилл.

Таким образом, гормоны щитовидной железы играют важную роль регуляции функционирования сердечно-сосудистой системы. В результате дистрофических изменений в стенки аорты нарушается регуляции сосудистого тонуса в связи с этим наблюдалось изменение проницаемости внутрисосудистой жидкости в межорганное пространство. Эти изменение больше выражены у потомств 14-21 дневного возраста. При этом гипотиреоз нередко ассоциируется с атеросклерозом.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Мусажанова Р.А., Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Шарипова Н.П.,

Туракулова Х.Э., Валиева С.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
педиатрии



Актуальность. Одной из нозологических форм поражения респираторного тракта у детей являются острые бронхиты. Частота развития синдрома бронхиальной обструкции на фоне респираторных заболеваний в раннем детском возрасте варьирует от 5 до 40%. Более чем у половины детей эпизоды заболевания рецидивируют. Это связано с высокой распространенностью бронхообструкции в раннем и дошкольном возрасте, проблемным прогнозом и сложностью проведения дифференциальной диагностики. В структуре БОС преобладают заболевания - острый обструктивный бронхит и бронхиальная астма. Однако, исследования, посвященные определению прогностической роли цитокинов, в развитии рецидивирующего синдрома бронхиальной обструкции у детей, единичны, что определяет **Актуальность** дальнейшего изучения иммунопатогенеза заболевания у детей для выявления маркеров течения заболевания.

Цель исследования: изучить клинические данные и показатели цитокиновой регуляции у детей с различными формами бронхообструктивного синдрома.

Материалы и методы. В основу работы положены **Результаты** обследования 66 детей в возрасте от 1 года до 7 лет, находившихся в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Больные были подразделены на 2 группы: I группа – 32 детей с диагнозом острый обструктивный бронхит. В данную группу вошли дети с однократным эпизодом СБО; II группа – 34 детей с диагнозом рецидивирующий бронхит. У данных больных синдром бронхиальной обструкции имел рецидивирующий характер, а именно 3 и более эпизода за год. В процессе выполнения работы использованы общеклинические и лабораторные методы исследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования. При поступлении в отделение детей с ООБ ведущим клиническим проявлением заболевания была дыхательная недостаточность. Такое состояние как слабость отмечалась у 56,3% больных, аппетит был сниженным у 81,3% больных. Нарушение сна, бледность кожных покровов и одышка отмечались в 100,0% случаев. Цианоз носогубного треугольника наблюдался у 31,3% детей. Температура тела при поступлении была фебрильной у 18,8% больного. Характер кашля был сухим у 81,3% больных, влажным - у 18,7% больных. При аускультации легких на фоне жесткого дыхания выслушивались сухие хрипы у 78,1% больных, у 21,9% выслушивались влажные хрипы. При перкуссии грудной клетки определялся коробочный оттенок перкуторного звука у 87,5%. При наблюдении больных РБ с СБО нами выделены фазы обострения и клинической ремиссии. Обострение РБ с СБО характеризовалось острым (подострым) началом, кашлем, вначале сухим – у 90,6%, влажным – у 11,8% больных. Сухой кашель при поступлении по характеру приступообразный, больше в ночное время, на 5-6 сутки лечения трансформировался во влажный. Цианоз носогубного треугольника наблюдался у 23,5%, со стороны кожных покровов - сухость – у 70,6% больных. Аускультативные признаки были разнообразны и в основном зависели от уровня

поражения слизистых бронхов. Сухие хрипы определялись у 11,8% детей, влажные проводные хрипы у 88,2% детей.

При рентгенологическом обследовании у 100% больных с ООБ отмечалась эмфизема лёгочной ткани, усиление бронхососудистого рисунка. При рентгенологическом обследовании у 100,0% больных рецидивирующим бронхитом с синдромом бронхиальной обструкции РБ с СБО отмечались признаки бронхиальной обструкции – вздутие легочной ткани, повышение ее прозрачности, горизонтальное расположение ребер, широкие межреберные промежутки, уплощение и низкое стояние легочного рисунка. Изменения сердечно – сосудистой системы у больных РБ с СБО выявлены у 52,9%.

Результаты изучения цитокинового статуса представлены в рис.2. Как видно из рисунка нами выявлено, что у детей с ООБ продукция IL – 4 достоверно ($p < 0,01$) повышалась до $18,9 \pm 0,4$ нг/мл по сравнению со здоровыми детьми. У больных РБ с СБО показатель продукции IL – 4 был достоверно ($p < 0,01$) повышен до $21,3 \pm 0,3$ нг/мл, что было в 4,6 раза выше по сравнению с нормой. При анализе содержания IL – 8 у детей с ООБ достоверно ($p < 0,01$) повышалась до $32,5 \pm 2,8$ нг/мл по сравнению со здоровыми детьми. У больных РБ с СБО показатель продукции IL – 8 был достоверно ($p < 0,01$) повышен до $89,5 \pm 3,9$ нг/мл, что было в 4,7 раза выше по сравнению с нормой. В наших исследованиях уровень фактора некроза опухоли- α был более значительно повышенным в 2,2 раза у больных РБ с СБО по сравнению с детьми контрольной группы ($P < 0,001$). У больных ООБ – $48,7 \pm 1,3$ нг/мл. Проведенные нами исследования по изучению уровня интерферона - γ у обследованных больных показали глубокий дефицит в их содержании. Так, у детей, больных ООБ уровень сывороточного IFN γ в среднем составил - $27,5 \pm 0,9$ нг/мл ($p < 0,05$), при РБ с БОС – $21,6 \pm 0,6$ нг/мл, что в 1,2-1,6 раз ниже значений практически здоровых детей (p во всех случаях от $< 0,05$ до $< 0,01$). Более значительное снижение определялось у больных РБ с СБО.

Выводы. Таким образом, сопоставление результатов клинических наблюдений в двух группах исследования показало, что рецидивирующий бронхит с синдромом бронхиальной обструкции сопровождается более длительными проявлениями одышки, пероральных хрипов, влажного кашля, сухих и влажных хрипов в легких. При рецидивирующем бронхите с синдромом бронхиальной обструкции выявлен дисбаланс цитокинового профиля, который выражается повышением уровней IL-8, IL-4, TNF α , снижением концентрации IFN γ , который отличаются выраженностью, что свидетельствует об их роли в развитии рецидивов бронхообструктивного синдрома.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ «АНАСЕП» В КУПИРОВАНИИ РЕЦИДИВОВ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

Муйдинова Б.А.

Андижанский государственный медицинский институт

В 2020–2022 гг. на базе Андижанского областной стоматологической больницы проведено исследование по сравнению эффективности средств для наружного лечения обострения ГИ, **Целью** которого было: оценить эффективность (терапевтическую эквивалентность) местного применения геля «Анасеп» (степень уменьшения объективных и субъективных симптомов) у пациентов, страдающих рецидивирующим простым герпесом, в сравнении с эффективностью терапии препаратами «Зовиракс» (крем) и «Фенистил Пенцивир» (крем); оценить безопасность (побочные эффекты, переносимость) местного применения геля «Анасеп» в купировании рецидивов простого герпеса, путем регистрации нежелательных явлений.

Материалы и методы. В исследование был включен 51 пациент обоего пола от 20 до 71 года (средний возраст – $40,7 \pm 2,1$ года): 16 мужчин и 45 женщин с клинически установленным диагнозом: «хронический рецидивирующий простой герпес». Генитальный герпес диагностировался у 16 (41,4%) больных: (7 мужчин и 9 женщин), лабиальный – у 45 (68,6%) пациентов (9 мужчин и 26 женщин). **Результаты** и их обсуждение. В ходе исследования было отмечено, что во всех группах достоверно более быстрый регресс жалоб был у пациентов с лабиальным герпесом ($4,4 \pm 0,4$ дня), чем у больных ГГ ($5,8 \pm 0,7$ дня,) а длительность клинических проявлений заболевания не различалась ($9,4 \pm 0,2$ и $9,2 \pm 0,4$ дня соответственно). Объективные симптомы ГИ у пациентов 1-й группы регрессировали в среднем к $8,76 \pm 0,4$ дню (за $210,4 \pm 10,2$ часов), во 2-й группе – к $9,7 \pm 0,4$ дню (за $242,9 \pm 7,1$ часов), в 4-й группе – к $9,5 \pm 0,4$ дню (за $227,4 \pm 7,7$ часов). Все пациенты оценили переносимость назначенных препаратов для наружного лечения как хорошую. Никаких побочных местных и общих реакций не было зафиксировано. Пациентами 1-й группы было отмечено удобство применения геля «Анасеп» 2–4 раза в сутки (по сравнению с нанесением 5 раз в сутки крема «Зовиракс» и 8 раз в сутки крема «Фенистил Пенцивир») и его хорошие органолептические (косметические) свойства: прозрачность, не блестит после нанесения, в связи с чем его можно применять перед появлением в общественных местах.

Выводы. Эффективность геля «Анасеп» для купирования рецидива ВПГ-инфекции кроме объективных данных подтверждена и субъективной оценкой лечения, данной пациентами и врачом: «хороший» эффект терапии отметили 88,2% пациенто. Безопасность применения геля «Анасеп» доказана отсутствием нежелательных явлений, связанных с использованием препарата, а также местных и общих побочных реакций.



ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Муйдинова Б.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одним из основных условий оказания стоматологической помощи является безопасность для пациента. По мнению Европейской ассоциации по развитию обезболивания в стоматологии (EFAAD), ключевым моментом профилактики неотложных состояний является тщательный сбор анамнеза пациента во время планирования предстоящего лечения, который должен осуществляться врачом-стоматологом.

Цель. На основании литературных и собственных данных оптимизировать условия оказания стоматологической помощи пациентам с сопутствующей соматической патологией. **Материалы и методы.** Проанализированы особенности стоматологического лечения 60 пациента, в том числе десяти человек с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, двенадцати – опорно-двигательного аппарата и девяти – с патологией дыхательной системы.

Результаты. Стоматологическая помощь обычно оказывается в положении «лежа». Однако в таком положении не рекомендуется лечить пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и дыхательной системы. Так, у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в результате стресса повышается секреция адреналина, что может спровоцировать гипертонический криз. При наличии у пациента хронической сердечно-сосудистой недостаточности при длительном горизонтальном положении может возникнуть обострение гипертонической болезни. У пациентов, принимающих антигипертензивные препараты, увеличивается риск развития ортостатического коллапса, при приёме сердечных гликозидов существует риск возникновения аритмии. При лечении таких пациентов мы предотвращали длительное ожидание приёма, уделяли внимание психоэмоциональной коррекции состояния пациента. Убеждались в том, что пациент перед приёмом принял препараты, назначенные лечащим врачом для коррекции соматической патологии. Прием проводили в положении пациента «полулежа» в кресле, медленно поднимали пациента после приёма, сокращали время приема и увеличивали количество посещений. Соблюдение этих условий позволило избежать нежелательных реакций при оказании стоматологической помощи десяти пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Для успешного оказания стоматологической помощи пациентам с сопутствующей соматической патологией перед приемом должны принять препараты, назначенные лечащим врачом. Врачу-стоматологу следует обеспечить пациенту с сопутствующей соматической патологией непродолжительное время ожидания и коррекцию психоэмоционального состояния.



ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Мулладжанова К.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Острые кишечные инфекции у детей – весомая медико-социальная проблема во всем мире. Использование иммулотропной терапии может способствовать снижению частоты постинфекционных функциональных кишечных расстройств у пациентов с коморбидными состояниями. По планам прививок дети до одного года получают 3 раза вакцины против ротавирусной диареи. Несмотря этого наиболее встречается диареи у детей вирусной этиологии.

Цель исследования. Оценить эффективность человеческого рекомбинантного альфа-2b-интерферона и *Saccharomyces boulardii*, назначенного в остром периоде острой кишечной инфекции вирусной диареи у детей грудного возраста.

Материал и методы. Проведено открытое рандомизированное (методом конвертов) проспективное исследование в двух параллельных группах. В исследование включены 104 детей грудном возрасте, имеющих кишечные дисфункции в анамнезе, госпитализированных в инфекционный стационар. Изучена эффективность рекомбинантного альфа-2b-интерферона, назначенного в суппозиториях в дозе 150 000 МЕ дважды в день курсом на 5 дней. *Saccharomyces boulardii* в виде саше. Применяли растворяя в 100 мл кипяченно-остуженной воды 2 раза в день в течение 5 дней. Дети наблюдались в катамнезе в течение 10–15 дней. Определено общее содержание углеводов в фекалиях, исследована фекальная микрофлора двумя методами: бактериологическим и газожидкостной хроматографии с определением короткоцепочечных жирных кислот.

Результаты. Отсутствие эффекта общепринятой терапии наблюдалось у 63,3% пациентов (95% доверительный интервал (ДИ) 43,9–80,0%). Назначение альфа-2b-интерферона сокращало риск неэффективного лечения к 14-му дню на 32% (95% ДИ 9–56%) и риск персистирующей более месяца диареи на 29% (95% ДИ 5–53%). У получавших интерферон через 10–15 дней катамнеза выраженность воспалительной реакции была меньше, концентрации изоформ короткоцепочечных жирных кислот – ниже.

Закключение. Иммулотропная терапия с использованием рекомбинантного альфа-2b-интерферона и *Saccharomyces boulardii* представляется перспективным направлением совершенствования комплексного лечения острых кишечных инфекций вирусной этиологии у детей грудного возраста, так как снижает риск развития постинфекционных кишечных нарушений.



АНЕСТЕЗИЯ КСЕНОНОМ В ДЕТСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Муминов Б.Э.

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Введение. В Узбекистане ксенон (Xe) разрешен к клиническому в детской анестезиологии с 2014 года. Интерес к нему в детской анестезиологии обусловлен его свойствами: быстрой индукцией, управляемостью анестезии, стабилизацией гемодинамики, комфортным пробуждением, антигипоксическим и цитопротективным эффектами.

Цель исследования. Изучить эффекты комбинированной анестезии ксеноном при операциях у детей. материалы и методы. В исследование вошли 229 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, прооперированных в НИИ НДХиТ с использованием комбинированной анестезии Xe. По физическому статусу дети распределились: ASA I - 91 (39,7%); ASA II - 80 (34,9%); ASA III - 58 (25,4%). Степень операционно-анестезиологического риска (МНОАР) со-ответствовала: II степень - 77 (36,8%); III степень - 90 (39,3%); IV степень - 59 (25,8%). Анестезия Xe проводилась при следующих операциях: абдоминальные - 145(63,3%), нейрохирургические - 32(13,9%), реконструктивно-пластические - 40(17,4%), травматологические - 10(4,3%) и торакальные - 2(1,1%). Методика проведения анестезии Xe с учетом возраста ребенка имела различие по способу проведения индукции: у детей от 1 до 7 лет (1 гр. - от 1 до 3 лет; 2 гр. - с 3 до 7 лет) индукция проводилась ингаляционно севофлюраном, а от 7 до 18 лет (3 гр. - с 7 до 12 лет; 4 гр. - с 12 до 18 лет) внутривенно пропофолом в дозе $3,5 \pm 0,5$ мг/кг. Премедикация в обеих группах включала атропин в дозе 0,01 мг/кг, седативные и антигистаминные препараты назначались по показаниям. Другие компоненты вводной анестезии в группах были аналогичны: фентанил в дозе $2,5 \pm 0,5$ мкг/кг и эсмерон в дозе 0,6 мг/кг. После интубации и перевода на ИВЛ, проводилась денитрогенизация 100% O₂ продолжительностью до 6 мин, а затем насыщение Xe до целевой концентрации Xe : O₂ = 60 - 65% : 30%. Поддержание анестезии в обеих группах осуществлялось ксенон-кислородной смесью (60-65%: 30%) с болюсным введением фентанила в дозе $3,0 \pm 0,5$ мкг/кг/час, с использованием миоплегии эсмероном или ардуаном. Анестезия проводилась наркозно-дыхательными аппаратами «FELIX DUAL» (ТАЕМА, Франция) и «Siesta I Whispa» (Дамеса, Дания) с ксеноновой наркозной приставкой «КНП-01». Мониторинг ЖВФ обеспечивали системой МР 60 (Philips), а анализ газов анализатором М1026В (Philips) и ГКМ-03-ИНСОВТ.

Результаты и обсуждения. Седация оцениваемая с помощью БИС индекса в период индукции свидетельствует о достаточном медикаментозном сне, индекс в исследуемых



группах статистически достоверно ($p < 0,05$) снижался в среднем до $42,6 \pm 6,8$ ЕД, что соответствовало клинике хирургической III 1-2 стадии анестезии. При поддержании анестезии в концентрации Хе 55 – 65% средние значения БИС индекса не имели статистически достоверной разницы в группах и также свидетельствовали о глубине седативного эффекта (1 гр. - $48,2 \pm 9,9$ ЕД; 2 гр. - $50,2 \pm 15,1$ ЕД; 3 гр. - $50,3 \pm 8,0$ ЕД; 4 гр. - $49,0 \pm 9,0$ ЕД). Суммарный расход фентанила за весь период анестезии в пересчете на 1 час анестезии, оказался наибольшим в 1 и 2 группе ($5,3 \pm 2,2$ мкг/кг/час; $5,2 \pm 1,6$ мкг/кг/час, соответственно), по мере увеличения возраста детей отмечалось статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение дозы анальгетика (3 гр. - $5,0 \pm 2,0$ мкг/кг/час; 4 гр. - $4,2 \pm 1,8$ мкг/кг/час, соответственно). При оценке гемодинамических эффектов анестезии Хе, на высоте концентрации 55 – 65%, не выявлено статистически значимых различий в средних значениях ЧСС и систолического АД. Средняя величина диастолического АД во время анестезии, по сравнению с исходными значениями в 1 и 2 гр. не имела статистических различий, а в 3 и 4 группах статистически достоверно ($p < 0,05$) превышала средние значения до анестезии. Причины стабилизации гемодинамики во время анестезии Хе были выявлены с помощью ЭХО-кардиографии: статистически достоверное ($p < 0,001$) повышение ударного объема (до анестезии - $44,9 \pm 17,8$ см³; во время - $58,6 \pm 20,4$ см³); повышение ($p < 0,05$) минутного объема сердца с $4,7 \pm 2,0$ л/мин до $5,4 \pm 1,9$ л/мин за счет увеличения на 10% ($p < 0,05$) конечно-диастолического размера (КДР) левого желудочка с $3,9 \pm 0,6$ см до $4,3 \pm 0,6$ см. Статистически достоверное увеличение КДР во время анестезии, свидетельствует о том, что Хе в концентрации 55 – 65% вызывает в миокарде положительный «лузитропный эффект» – улучшает функцию диастолического расслабления. Анестезия Хе обладает достаточной антистрессорной активностью, так как уровень кортизола до анестезии (Ме 485,1 нмоль/л), во время – (Ме 454,1 нмоль/л) и после – (Ме 519,6 нмоль/л) не имел статистических различий. Уровень соматотропного гормона до анестезии Хе, во время - и после ее завершения, также не был статистически значимым (Ме 0,96 нг/мл; Ме 0,92 нг/мл и Ме 0,93 нг/мл, соответственно). Изучение нейротоксичности анестезии Хе показало, белок S100b статистически достоверно ($p < 0,05$) снижался на 28% после анестезии, по сравнению с исходным уровнем ($89,4 \pm 20,6$ mg/ml и $69,7 \pm 14,0$ mg/ml, соответственно), что доказывает отсутствие токсического эффекта на мозг. Статистически достоверное ($p < 0,05$) повышение на 27% среднего уровня BDNF после анестезии, по сравнению с его исходным уровнем ($19499,8 \pm 4777,6$ pg/ml - до анестезии; $26452,4 \pm 7915,9$ pg/ml - после анестезии) свидетельствует о проявлении нейропротективных свойств анестезии Хе и способности защищать мозг от возможной гипоксии.

Вывод. Комбинированная анестезия ксеноном в ходе оперативных вмешательств у детей обладает достаточной глубиной седации, гемодинамической стабильностью, не проявляет нейротоксичности и защищает мозг от возможной гипоксии.

2. Для усиления анальгетического эффекта комбинированной анестезии ксеноном



рекомендуется использовать фентанил, доза которого зависит от возраста и травматичности оперативного вмешательства.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ КСЕНОНОМ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Муминов Б.Э.

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Цель исследования. Изучение особенностей течения комбинированной анестезии с использованием ксенона и эпидуральной блокады у детей с диагнозом ДЦП, спастическая диплегия.

Материалы и методы. В исследование были включены 22 пациента в возрасте от 3 до 17 лет (15 мальчиков и 7 девочек), у которых оценивались параметры центральной гемодинамики, особенности течения анестезии и ближайшего послеоперационного периода. Все операции проводились в условиях общей анестезии медицинским ксеноном с применением ИВЛ через интубационную трубку в сочетании с эпидуральной блокадой. Полученные данные сравнивались с результатами проведенного ранее исследования в группе детей, получавших комбинированную анестезию с использованием пропофола и эпидуральной блокады. В ходе оперативного вмешательства проводилось измерение параметров центральной гемодинамики методом импедансной реографии реоанализатором Диамант-М. С **Целью** оценки влияния ксенона на когнитивные функции больных с ДЦП клиническим психологом проводилось исследование свойств памяти, внимания и мышления накануне операции и после нее в первые и третьи сутки.

Результаты. На этапах операции с применением анестезии ксеноном происходило снижение ЧСС, АДср и ОПСС относительно исходных данных, и повышение ИП, что связано с вазоплегическим эффектом эпидуральной блокады. Но при этом отмечалось значительное повышение УИ и СИ, что явилось проявлением кардиостимулирующего эффекта ксенона.

На всех этапах анестезии ксеноном показатели УИ и СИ значительно превышали исходные значения и показатели в группе сравнения. Стимулирующий эффект ксенона на миокард сохранялся до конца операции, что способствовало поддержанию адекватной гемодинамики и позволило сократить волевическую нагрузку по сравнению с группой анестезии пропофолом и отказаться от инфузии коллоидных растворов. Положительное влияние ксенона на гемодинамику позволило нивелировать нежела-тельные эффекты



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



симпатоллизиса, характерного для центральных регионарных блокад и проявившегося в виде депрессии кровообращения в группе анестезии пропофолом в сочетании с эпидуральной блокадой.

Концентрация ксенона в газонаркотической смеси 58-62% позволила поддерживать умеренное угнетение сознания согласно показателям BIS. Однако, в отличие от анестезии на основе пропофола, при анестезии ксеноном мы отмечали эпизоды артериальной гипертензии, не связанные с усилением хирургической агрессии, либо с изменением положения тела пациента на операционном столе, что привело к увеличению расхода фентанила по сравнению с группой анестезии пропофол + эпидуральная блокада. Потребность в миорелаксантах была примерно одинаковой в группах исследования и сравнения.

Всем больным проводилась ИВЛ в режиме PCV. При подаче ксенона в дыхательный контур мы столкнулись со значительным увеличением дыхательного объема и возникновением гиперкапнии. Этот эффект обусловлен изменением реологии дыхательной смеси в трахеобронхеальном дереве при введении в ее состав ксенона, что приводит к гиперкапнии. Изменение параметров ИВЛ в сторону укорочения вдоха и увеличения экспираторной паузы с

Целью предупреждения ауто ПДКВ позволило добиться нормокапнии. Данные капнометрии подтверждались анализом газового состава капиллярной крови. Увеличение дыхательного объема является ошибкой преобразователей потока наркозно-дыхательных аппаратов, не адаптированных к применению ксенона.

После отключения подачи ксенона в дыхательный контур происходило быстрое восстановление самостоятельного дыхания и сознания. Время от прекращения подачи ксенона до экстубации и время восстановления сознания до 9 баллов по Aldrete было вдвое меньше, чем у пациентов из группы сравнения.

У большинства больных ранний послеоперационный период протекал гладко, жалобы на боли отсутствовали. Из нежелательных явлений в восстановительный и ближайший посленаркозный периоды отмечалась рвота, ларингоспазм, замедленное восстановление сознания, дезориентация. Частота этих явлений не превышала таковую в группе сравнения.

Когнитивные функции были исследованы лишь у шести больных. У всех детей при обследовании в первые сутки после операции отмечалась повышенная истощаемость внимания и утомляемость, продуктивное время работы варьировало от 15 до 20 минут. Значимых изменений памяти и процессов мышления при этом замечено не было. У трех детей из шести отмечалось улучшение показателей памяти на третьи сутки после операции по сравнению с данными проб до операции. Снижения показателей когнитивного статуса по сравнению с дооперационными данными ни у кого из пациентов отмечено не было.

Выводы. Таким образом, анестезиологическое пособие с использованием ксенона в сочетании с эпидуральной блокадой отличается гладким



течением, положительным влиянием на гемодинамику и снижением объема инфузии. По предварительным данным, ксенон не угнетает когнитивные функции, однако исследования необходимо продолжить.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Муминов .Б.Э.

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Введение. Наряду с оценкой тяжести механических повреждений необходимо комплексно объективно оценить тяжесть состояния пострадавших с тяжелой сочетанной травмой госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии. Выработка единых подходов к оценке тяжести состояния позволяет определить оптимальный уровень обследования пациентов, оценить истинную эффективность компонентов интенсивной терапии, снизить риск ятрогенных осложнений и предотвратить необоснованное увеличение экономических затрат.

С учетом сложности патогенеза тяжелой сочетанной травмы и количества вовлеченных в него органов и систем объективная оценка тяжести состояния пострадавших не может быть выполнена без использования интегральных диагностических систем, учитывающих большое количество физиологических параметров в их функциональном взаимодействии.

Цель работы. Изучить прогностическую ценность интегральных диагностических систем APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), SAPS II (Simplified Acute Physiology Score), а также систем оценки тяжести органических дисфункций LODS (Logistic Organ Dysfunction System Score), MODS (Multiple Organ Dysfunction Score) и SOFA (Sequential Organ Failure Assessment).

Материалы и методы исследования. Исследование проведено у 295 больных с сочетанной травмой, экстренно госпитализированных в отделение анестезиологии и реаниматологии АФ РНЦЭМП. В исследование включались пострадавшие обоих полов с тяжелой сочетанной травмой в состоянии травматического шока, и (или) нарушениями сознания и (или) витальных функций в возрасте старше 18 лет. Критериями исключения являлись: смерть в первые 48 часов госпитализации; сопутствующие декомпенсированные заболевания и состояния; беременность. Средний возраст пострадавших составил $46,2 \pm 17,42$ лет, доля мужчин 58,3%, женщин 41,7%. Выраженность органических дисфункций оценивали в динамике в 1-е, 2-е, и 3-и сутки. Прогностическую эффективность шкал оценивали путем дискриминации. Мерой дискриминации служила



площадь под кривой операционных характеристик (AU ROC). Достаточно условно прогностическую шкалу признавали ограниченной при AU ROC > 0,70; хорошей при AU ROC > 0,80 и превосходной при AU ROC > 0,90. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием пакета программ SPSS 11.0, "Med Calc". Мерой центральной тенденции данных служило среднее арифметическое (mean- M), мерой рассеяния- стандартное отклонение (standard deviation- SD). Дискриминационные характеристики представлены с 95% доверительным интервалом (95%ДИ). При сравнении полученных данных использовали дисперсионный анализ. Категоризированные переменные сравнивали с помощью χ^2 -теста, с поправкой Йетса на непрерывность. Достоверность изменений средних величин признавалась при вероятности ошибки $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Тяжесть состояния при поступлении по APACHE II составила $14,1 \pm 7,78$; SAPS II – $31,2 \pm 15,39$; GCS – $12,0 \pm 2,32$ баллов, выраженность органических дисфункций по LODS- $3,2 \pm 2,94$; SOFA- $4,8 \pm 2,48$ и MODS- $4,0 \pm 3,15$ баллов. Летальность при исключении пострадавших, которые умерли в первые 48 часов составила 19% (общая же летальность при сочетанной травме составляла 36,5%). Все исследуемые системы в 1-е сутки показали хорошую дискриминационную способность (AU ROC=0,86-0,89), однако наибольшей чувствительностью (60,7%) и безошибочностью (88,5%) в первые сутки обладает система SAPS II. Среди систем оценки тяжести органических дисфункций в первые сутки лучшей чувствительностью обладает шкала LODS (50,1%). Однако для динамической оценки тяжести органических дисфункций шкала LODS оказалась не пригодна, предпочтительными были системы MODS и SOFA, чувствительность которых на вторые и, особенно, на третьи сутки достоверно значимо возросла ($p < 0,01$), тогда как у шкалы LODS не изменилась ($p > 0,05$).

Выводы. 1. Среди исследованных интегральных систем оценки тяжести состояния при сочетанной травме наилучшие дискриминационные способности продемонстрировала SAPS II. 2. Среди систем оценки тяжести органических дисфункций сравнительно более высокую чувствительность в первые сутки продемонстрировала шкала LODS. Однако для динамической оценки тяжести органических дисфункций более пригодными оказались системы MODS и SOFA.

ОБСЕССИВНО -КОМПУЛЬСИВНЫЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ВСТРЕЧАЕМЫЕ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИЕ В БРАКЕ ДО 10 ЛЕТ

Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Каримов А.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В данном исследовании представлен анализ 54 случаев клинических форм ОКР у молодых женщин, живущие в браке до 10 лет (20-35лет). При



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



проведении настоящего исследования были использованы клинико-психопатологический, клинико-статистический и клинико-психологический методы. Обсессивно-компульсивное и соматоформное расстройство неоднородно и включает несколько взаимосвязанных психопатологических синдромов (навязчивостей завершенности действий, безопасности, запретных побуждений, обладания, двигательных навязчивостей с тиками), которые различаются между собой по типу и функциональному значению.

Дифференцированная терапия синдромов ОКСР проводилась с учетом их психопатологической структуры и нозологической принадлежности, а также учитывая их динамику. Применение медикаментозной терапии, а также современных методов психотерапии дает более высокую клиническую эффективность при лечении больных ОКСР, в сравнении с контрольной группой (54 пациента).

Цель исследования. Определить синдромальную структуру обсессивно-компульсивного и соматоформного расстройства у молодых женщин, живущих в браке более 10 лет, описать клинические особенности выделенных вариантов ОКСР, а также выработать дифференцированные рекомендации для терапии с учетом психопатологической структуры ведущего синдрома.

Материалы и методы исследования. Изученную выборку составили 54 больных женщин в возрасте 20-35 лет из числа проходивших стационарное лечение, живущие в браке более 10 лет. Из исследования исключались лица моложе 17 лет, а также лица с тяжелой соматической патологией и органическим поражением ЦНС

Результаты исследования. В ходе выполнения работы клинико-динамическое изучение женщин было дополнено клинико-психологическим исследованием важных аспектов их психического состояния. Причем для различных клинических подтипов ОКСР имеются свои специфичные варианты таких нарушений и их сочетаний.

Для пациенток с преобладанием навязчивостей запретных побуждений («контрастных» навязчивостей) было характерно острое возникновение навязчивостей, сопровождавшееся тяжело переживаемой деперсонализацией и дереализацией, выраженным аффектом тревоги с тенденцией к ажитации. В половине случаев течение заболевания имело периодический характер.

У этих женщин отмечались отчетливые периоды ремиссий, с практически полным отсутствием беспокоившей их симптоматики. Снижение интенсивности тревоги в ходе терапии приводило к появлению эмоционально-волевой и двигательной расторможенности.

Для варианта ОКСР с преобладанием навязчивостей обладания было характерно постепенное начало за счет усиления имеющихся личностных и поведенческих особенностей. Манифестация расстройства происходила на фоне изменившейся жизненной ситуации, часто приводящей к снижению межличностных контактов. Помимо основной симптоматики для пациентов было характерно наличие других навязчивостей,



связанных с обсессиями обладания - перепроверок, склонности к катастрофизации, обсессий завершенности действия.

Окончательный прогноз заболевания был обусловлен характером нозологической принадлежности, наличием добавочных симптомов. При этом полной редукции симптомов собирательства и патологического коллекционирования практически не происходило.

Для варианта ОКРП, характеризующегося навязчи-востями с тиками было свойственно раннее начало заболевания, наличие резидуальной органической симптоматики. В ряде случаев тики сменялись другими навязчивостями («контрастными» мыслями, навязчивостями завершенности). Неблагоприятными факторами явились наличие выраженных расстройств личности возбудимого круга, декомпенсация органической психической патологии.

Выделенный малосимптомный вариант ОКРП характеризовался ограниченными обсессивными или компульсивными симптомами, навязчивости протекали в структуре аффективных, других невротических и личностных расстройств.

В структуре личности пациентов в подавляющем большинстве имела место повышенная личностная тревожность, склонность к формированию невротических реакций. Дальнейшая динамика зависела от развития основного заболевания, компенсации личностных нарушений, в подавляющем большинстве была благоприятной.

Так, больных с навязчивостями завершенности действия характеризует повышенная эмоциональная напряженность, сочетающаяся с невысокой способностью к интеграции поведения и неразвитостью коммуникативных навыков, что патологически компенсируется при помощи чрезмерного и интеллекту-ализированного самоконтроля. У них отмечается чрезмерное усиление внимания к изменению своего внутреннего состояния.

Обсессивно-компульсивное расстройство неоднородно и включает несколько взаимосвязанных психопатологических синдромов, которые различаются между собой по типу и функциональному значению навязчивостей, возникновению и динамике основных клинических проявлений, структуре когнитивного дефицита, а также особенностям личности и когнитивного личностного стиля. Только малосимптомный вариант ОКРП выражался неспецифическими, разнородными и ограниченными по содержанию навязчивостями, которые возникали преимущественно в структуре аффективных и личностных расстройств.

Формы течения и исходы различных вариантов ОКРП в большой степени определялись нозологической природой симптоматики, в первую очередь, органическими заболеваниями, шизофренией или аффективными расстройствами.

Обсессивно-компульсивные синдромы сопровождалась различными вариантами когнитивных нарушений. Так, при навязчивостях запретных побуждений отмечались нарушения исполнительных функций, при навязчивостях безопасности - функций контроля, а при компульсиях с тиками — нарушения и исполнительных, и



контролирующих функций. Для больных с обсессиями обладания в большей степени характерны когнитивно-стилевые нарушения в виде низкой способности к категоризации явлений реальности, что указывает на низкую дифференциацию присущих больным эмоциональных оценок.

Дифференцированная терапия синдромов ОКР проводилась с учетом их психопатологической структуры и нозологической принадлежности, а также учитывая их динамику. Наряду с фармакотерапией большое значение имела развитие у больных адекватных коммуникативных навыков, способов эмоционального отреагирования, компенсация когнитивного дефицита, гармонизация личности и когнитивно-стилевых особенностей.

Применение современных методов психотерапии у больных ОКР дает более выраженный клинический эффект, быстрее приводит к исчезновению большинства симптомов в сравнении со стандартной терапией.

Вывод. Статистическая обработка результатов лечения у исследуемой группы (54 пациенток) показала, что у 57-61% больных наступило выздоровление, значительное улучшение - у 42-38% и лишь у 1% больных состояние не изменилось, в связи с тем, что по просьбе родственников они были выписаны из стационара.

СУДОРОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ

Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Каримов А.Х., Азимова Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Судорожные синдромы являются одной из актуальнейших проблем психоневрологии, занимая большой процент встречаемости в детской популяции. Особенно актуально это в обществе, где приняты браки между близкими родственниками. По мнению большинства авторов, частота различного рода аномалий развития, грубых психоневрологических расстройств, в том числе и судорог, а также ранняя детская смертность значительно выше в родственных браках.

Цель обследования. Изучить частоту и особенности клинических проявлений судорожных синдромов у детей, рожденных в близкородственных браках.

Материал и методы. Из числа больных, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере (АОПНД), были отобраны 100 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 3 до 15 лет. Из них 47 мальчиков и 53 девочки. Всем обследованным детям проведены клиничко-параклинические исследования головного мозга: неврологический и психический статус электроэнцефалограмма (ЭЭГ); 47 детям проведена магнитно-резонансная томограмма (МРТ) головного мозга.



Результаты и обсуждения. Эпилептический синдром наблюдался в обеих группах с разной частотой и клиническими проявлениями. Кроме пароксизмальных нарушений у части детей выявился различной степени выраженности неврологический дефицит в виде признаков органического поражения головного мозга, который, однако, не всегда верифицировался на МРТ-исследовании.

Судорожный синдром у детей основной группы проявлялся эпилептическими припадками чаще генерализованного характера – grand mal, подтвержденные ЭЭГ-паттернами в виде пик-волнового комплекса – у 29 детей и у 14 детей в виде т.н. судорожной готовности, а именно, волнами альфа-диапазона частотой 3-5 Гц, амплитудой 90-95 МкВ, дельта-активностью, частотой 3-3,5 кол/сек, амплитудой 4 МкВ.

Выводы: Сочетание наследственной отягощённости и близкородственных браков значительно повышает риск развития детей с психическими расстройствами и эпилепсией, протекающих с большей прогрессивностью и, соответственно, худшим прогнозом.

ФУНКЦИОНАЛЬНОСТЬ СЕМЬИ ПРИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМ И СОМАТОФОРМНОМ РАССТРОЙСТВАХ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ В БРАКЕ БОЛЕЕ 10 ЛЕТ

**Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Азимова Г.А., Козимжонова И.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. В любом обществе семья как уникальный исторический феномен имеет двойственный характер. С одной стороны — это социальный институт, с другой — малая группа, имеющая свои закономерности функционирования и развития. С институтом семьи тесно связан институт брака.

До сих пор не существует единой нозологической формы для однозначного и исчерпывающего определения ряда расстройств, которые называют «обсесивно-компульсивными».

Более того, намечается довольно своеобразная тенденция к генерированию «новых» ОКР-ов, когда пытаются выделить в отдельные группы такие вариации obsessions как «навязчивое сохранение информации», «навязчивые сомнения в отношениях», «навязчивая ревность» и т. д.

Цель исследования. Изучить причины obsessive-compulsive и соматоформных расстройств у молодых женщин, состоящих в браке десять и более лет, проанализировать их и найти решения существующих проблем, результатом чего станет поиск мер психологического поддержания стабильности семьи.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной задачи мы отобрали в общей сложности 60 женщин, состоявших в браке десять и более лет и



жаловавшихся на обсессивно-компульсивные и соматоформные расстройства, и провели с ними клинико-статистические и эпидемиологические исследования.

Результаты исследования. При проведении системно-структурного анализа состояния семейного функционирования, сексуального здоровья, здоровья семьи установлено, что причиной развития обоих вариантов семейной дезадаптации служит стержневое поражение психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья, здоровья семьи вследствие наличия ОКР у женщины. Нарушение остальных компонентов и составляющих служит либо патопластическим фактором, способствуя возникновению семейной дезадаптации, либо усугубляет её течение.

Для лиц с изучаемым типом расстройства типичны импульсивность, склонность к сомнениям, и нарушение стереотипа полоролевого и сексуально-эротического поведения.

Одним из первых признаков нарушения адаптации является нарушение межличностной коммуникации, особенно с представителями противоположного пола. При установлении первичного «до-сексуального» контакта, это проявляется в эмоциональной неустойчивости, неадекватной озабоченностью продуктивностью в ущерб получению удовольствия.

Таким образом, данные системно-структурного анализа состояния сексуального здоровья супружеских пар этой группы свидетельствуют о его нарушении почти по всем критериям и о сочетанном поражении его компонентов и составляющих.

Социальный компонент сексуальной адаптации нарушен за счет информационно-оценочной составляющей вследствие недостаточной и неправильной осведомленности супругов в вопросах психогигиены половой жизни и расхождения типов сексуальной культуры супругов.

При обследовании супругов с помощью карт эрогенных зон мужчины и женщины оказалось, что подавляющее большинство обследованных не только не знали о наличии таких зон, но и считали неприемлемым такой вид сексуального контакта, игнорировали их роль в сексуальном возбуждении и удовлетворении. Все супружеские пары имели неточное представление о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции.

Психологический и социально-психологический компоненты состояния сексуального здоровья были нарушены вследствие несоответствия психосексуальных типов мужчины и женщины, а также неблагоприятного сочетания типов сексуальной мотивации. У 21,8% женщин это приводило к развитию сексуальной, а затем и психологической аверсии.

В ходе выполнения работы клинико-динамическое изучение больных было дополнено клинико-психологическим исследованием важных аспектов их психического состояния.

Анализ полученных результатов позволяет сделать заключение, что клиническая симптоматика, имеющаяся у больных, тесно сопряжена с глубокими нарушениями когнитивной регуляции аффектов и потребностей. Причем для различных клинических подтипов ОКР имеются свои специфические варианты таких нарушений и их сочетаний.



Вывод. При семейной дисфункциональности, сексуальной дезадаптации наблюдались преимущественно два способа урегулирования конфликтов - соревнование и избегание, при социально-психологической дезадаптации соревнование и приспособление, но и в значительной части супругов наблюдались такие способы урегулирования конфликтов, как избегание и компромисс. Таким образом, выявленные в ходе комплексного обследования нарушение функциональности семьи, уровня семейной адаптации, обусловленные наличием патохарактерологических особенностей женщин с ОКР, несоответствие психосексуальных типов.

ЧАСТОТА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ

Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Маликова А.Э Азимова Г.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема психических расстройств у детей, рожденных в близкородственных браках является наиболее актуальной. Особую опасность возникновения нервно-психических заболеваний таят в себе браки между близкими родственниками. По мнению большинства авторов, частота мертворождений, спонтанных аборт, врожденных уродств, ранней смертности среди детей значительно выше в родственных браках.

Цель обследования. Изучить частоту и особенности клинических заболеваний у детей, рожденных в близкородственных браках.

Материал и методы. Из числа больных, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере (АОПНД), были отобраны 100 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 3 до 15 лет. Из них 47 мальчиков и 53 девочки.

Результаты и обсуждения. Психические нарушения отмечались у всех детей в виде умственной отсталости, наличие судорожных припадков, аффективных расстройств, патологии поведения, признаков органического поражения головного мозга, выражающихся в неврологическом дефиците различной степени выраженности. При обследовании детей у тематических больных I группы при наличии родственных браков и наследственной отягощенности были выявлены следующие психические расстройства: наибольший процент занимает умственная отсталость различной степени выраженности – 52%, вторая по частоте встречаемости патология – это эпилепсия и неэпилептические припадки – 19%, нарушения поведения наблюдались в 15% случаев, дети с органическим поражением ЦНС составили 14% случаев.

Психические расстройства пациентов II группы отличались от первой группы превалированием судорожных синдромов и эпилепсии (46%), а также органическим



поражением головного мозга (28%), на 3 и 4 местах соответственно – умственная отсталость (16%) и патология поведения (10%).

Выводы. Сочетание наследственной отягощённости и близкородственных браков среди родителей значительно повышает риск развития психических расстройств у детей, они страдают психическими расстройствами большей тяжести, большей прогрессивностью течения и, соответственно, худшим прогнозом.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ

Мурашов О.В.

Псковский государственный университет

Актуальность темы. Артериальная система человека является наиболее вариабельной системой с множеством различных вариаций. Одной из артерий, где во время препарирования трупа, проведения оперативного вмешательства или выполнения специальных методов исследования врачи описывают варианты случаи, является дуга аорты. Недочет данного обстоятельства может привести к совершению технических ошибок в процессе лечения пациента.

Цель исследования. Целью исследования явилось изучение вариантной анатомии артерий, отходящих от дуги аорты, и их ветвей на трупном материале анатомического стола «Anatome Table EDU 6.0.2».

Материалы и методы исследования. Материалом исследования были фотореалистичные копии четырех трупов (двух женских и двух мужских монголоидной и европеоидной рас), загруженных в базу анатомического стола «Anatome Table EDU 6.0.2». В исследовании применялись следующие методы: библиографический, сравнительный анализ и компьютерная 3D-визуализация. После выделения ветвей дуги аорты и их цветовой окраски с использованием программы Adobe Photoshop были получены скриншоты вариантных случаев, которые сравнивались с классической анатомией артерий.

Результаты исследования. Из четырех изученных случаев в трех из них имел место классический вариант ветвления дуги аорты, где справа налево отходили следующие ее ветви: плечеголовной ствол (первая ветвь), левая общая сонная артерия (вторая ветвь) и левая подключичная артерия (третья ветвь). В одном случае (на трупе европеоидной женщины) аорта отдавала только две ветви. Первая ветвь была представлена общим стволом брахиоцефальной и левой общей сонной артерий, называемым «бычьей дугой» и второй ветвью отходила левая подключичная артерия. Кроме того, во всех четырех случаях отсутствовал классический вариант отхождения ветвей подключичной артерии с одной ветвью до вхождения в межлестничное пространство (позвоночная артерия), тремя ветвями в межлестничном пространстве



(внутренняя грудная артерия, щитошейный и реберно-шейный стволы) и одной ветвью после выхода из межлестничного пространства (поперечная артерия шеи). Отличие от варианта, описанного в классической отечественной анатомии, заключалось в том, что поперечная артерия шеи отходила от щитошейного ствола. Кроме того ветвями подключичной артерии были надлопаточная артерия (в классической анатомии ответвляется от щитошейного ствола) и наивысшая межреберная артерия (в классической анатомии является ветвью реберно-шейного ствола), наблюдаемые на трупе европеоидной женщины, имеющей «бычью дугу» аорты. В одном случае ветвью подключичной артерии была средостенная ветвь (на трупе монголоидного мужчины).

Вывод. Знания о вариантной анатомии дуги аорты и ее ветвей необходимо учитывать при выполнении эндоваскулярных исследований и проведении операций в области головы, шеи и грудной клетки, перед выполнением которых врачу следует тщательно обследовать больного для предупреждения возможных осложнений.

ИЗУЧИТЬ РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО МАРКЕРА ФОЛАТНОГО ЦИКЛА В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНФАРКА МИОКАРДА.

1Мусашайхов У.Х., 2 Набиева Д.А., 1Мусашайхова Ш.М.,3Бобоев К.Т.

Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия, Андижан, Узбекистан

Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр гематологии МЗ РУз (РСНПМЦГ МЗ РУз). Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы: Несмотря на современный научный прогресс в биологии и медицине остаются множество нерешённых вопросов, касающихся целесообразности диагностики определённых полиморфизмов генов и их сочетаний в клинической практике, а также их влияния на процесс тромбообразования. По всей видимости, это можно объяснить тем, что до настоящего времени мало проведено исследований, которые направлены на изучение коррелятивных связей между особенностями клинического течения тромбогенных заболеваний и носительством определённых полиморфизмов в генотипе пациентов. Всё ещё остаётся нерешённым вопрос о том, какие именно генетические взаимодействия, а также сочетания приобретённых и наследственных генетических факторов могут обусловить предрасположенность организма к развитию тромбоза, что может оказать влияние на особенности клинического течения и возможные рецидивы тромбоэмболических заболеваний.

Цель: Изучить ассоциативную связи носительства полиморфизма С677Т в гене МТНFR в развитии ИМ.

Материал и методы исследования: Входе исследование в качестве материала для молекулярно-генетического исследования было использована



периферическая кровь 37 больных с ИМ, находившихся в лечении АФ РСНПМЦК МЗ РУз. Средний возраст больных составило 62.2 ± 1.6 года. Молекулярно-генетические исследования выполнялись в отделе молекулярной медицины и клеточных технологий РСНПМЦ гематологии РУз.

Результаты: **Результаты** анализов данного исследование показали что, частота распределения аллелей С677Т в гене МТНFR в группах пациентов с ИМ и контроля составило: (дикий) С аллель 64.9% против 72.8% и (неблагоприятный) Т аллель 35.1% против 27.2% соответственно. **Результаты** показали что дикий аллель С и неблагоприятный аллель Т встречались в незначимых количествах в основной группе (при $\chi^2=1.66$; $P=0.2$; $OR=0.7$; $95\%CI:0.39-1.22$ и $\chi^2=1.66$; $P=0.2$; $OR=1.4$; $95\%CI:0.82-2.56$). В группе больных с ИМ и контроля распределение С/С, С/Т, Т/Т генотипов С677Т в гене МТНFR составили: 40.5%, 48.6% и 10.8% против 54.4%, 36.9% и 8.7%, соответственно. Анализы расчётов показали незначимое уменьшение количество благоприятного генотипа С/С (при $\chi^2=2.8$; $P=0.1$; $OR=0.6$; $95\%CI:0.27-1.23$) и незначимое увеличение частоты неблагоприятного маркера Т/Т (при $\chi^2=0.58$; $P=0.4$; $OR=1.7$; $95\%CI:0.45-6.14$) в основной группе чем группе контроля. Выявлено слабая тенденция к увеличению частоты гетерозиготного генотипа С/Т (при $\chi^2=1.98$; $P=0.2$; $OR=1.8$; $95\%CI:0.79-3.93$). В основном группе при обнаружение этого маркера, риск развитие ИМ возрастает на 1.8 раза больше чем группе контроля.

Закключение: Таким образом, рассчитанный относительный риск развития ИМ в данной группе незначительно (1.8 раза) возростал при обнаружении генотипов С/Т. Из ходя из результатов данного исследование, в целях эффективной профилактики тромбогенных осложнений у больных с гиперкоагуляционным синдромом целесообразно рекомендовать проведение генотипирования полиморфизма С677Т в гене МТНFR не отдельно, а в сочетании с другими генами фолатного цикла и тромбоцитарного звена гемостаза.

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЭМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

1Мусашайхов У.Х., 2 Набиева Д.А., 1Мусашайхов Х.Т, ЗБобоев К.Т.

Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия, Андижан, Узбекистан

Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр гематологии МЗ РУз (РСНПМЦГ МЗ РУз). Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы: Несмотря на достижений современной медицине, во всём мире сохраняется высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Одно из причин этого является метаболический синдром (МС), который до настоящего времени не потеряла свою **Актуальность** и продолжает оставаться одной из



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



основных причин высокой инвалидности среди трудоспособного населения. Частота встречаемости МС в мире варьирует от 10% до 60%, и, это прежде всего, зависит от генетической предрасположенности, критериев диагностики и уровня жизни населения. По данным проведенных исследований прогнозируется, что за ближайшие 25 лет заболеваемость МС увеличится в 2 раза. По мнению специалистов, большинство людей «в среднем 10 лет своей жизни проводят в состоянии болезни». При этом наличие метаболического синдрома ассоциируются с высоким риском развития коморбидных заболеваний. Согласно литературным данным, у больных с МС сердечно-сосудистые заболевания развиваются 3 раза чаще, протекают тяжелее и в большей степени осложняются инфарктом миокарда, чем у лиц без метаболического синдрома. Связи с этим ранняя диагностика, лечение и предупреждение риска развития метаболического синдрома и инфаркта миокарда остается один из самых актуальных проблемой медицины.

Цель: Изучить ассоциативную связь гомоцистеина в развитии МС+ИМ.

Материал и методы исследования: В ходе исследования в качестве материала для молекулярно-генетического исследования было использована периферическая кровь 64 больных с МС+ИМ, находившихся в лечении АФ РСНПМЦК МЗ РУз. Средний возраст больных составил 64.2 ± 1.6 года. Молекулярно-генетические исследования выполнялись в отделе молекулярной медицины и клеточных технологий РСНПМЦ гематологии РУз.

Результаты: Результаты анализов данного исследования показали что, уровень гомоцистеина была повышена у 64/51 (79,7%) больных с МС+ИМ средний уровень гомоцистеина у этих пациентов составил $24,1 \pm 0,9$ и была достоверно выше на 2,3 раза по сравнению контрольной группы ($8,7 \pm 0,5$) $p < 0.005$. Данные исследования показали значительное увеличение уровня гомоцистеина у больных с МС+ИМ по сравнению пациентов с МС без ИМ а также ИМ без МС. Гипергомоцистеинемия было выявлено у 61/44 (72,1%) больных с МС без ИМ и 58/43 (74,1%) ИМ без МС. Средний уровень гомоцистеина было $18,4 \pm 0,8$ и $9,2 \pm 0,8$. Гипергомоцистеинемия было выявлено 1,3 раза чаще у пациентов МС+ИМ по сравнению пациентов с МС без ИМ, ИМ без МС ($p < 0.005$)

Заключение: Таким образом, уровень гомоцистеина была достоверно выше на 2,3 раза у больных с МС+ИМ по сравнению контрольной группы. Гипергомоцистеинемия повышает риск развития МС и его сердечно-сосудистых осложнений. Изходя из результатов данного исследования, в целях эффективной профилактики МС и ИМ у больных целесообразно рекомендовать изучения уровня гомоцистеина.



РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТРОМБОФИЛИЧЕСКОГО МАРКЕРА С677Т В ГЕНЕ МТНFR В РАЗВИТИИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.

**1Мусашайхов Х.Т., 2Бобоев К.Т. 1Мусашайхов У.Х.,
Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан
Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр
гематологии МЗ РУз (РСНПМЦГ МЗ РУз). Ташкент, Узбекистан**

Актуальность проблемы: Тромбофилия характеризуется многочисленными нарушениями, к которым могут привести ряд приобретённых и генетических сдвигов в системе гемостаза. Такого рода нарушения могут стать причиной повышенной предрасположенности организма к развитию различных тромбоэмболических заболеваний. Диагностика тромбофилии ещё не означает неизбежного развития сосудистого тромбоза. Вместе с тем, многие лица с таким состоянием в течение всей своей жизни переносят на себе различные тромботические процессы и их осложнения, приводящие к развитию таких заболеваний, как тромбозы артерий и вен, острые нарушения мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и другие подобного рода патологии.

Цель: Изучить взаимосвязь полиморфизма генов фолатного цикла С677Т в гене МТНFR в развитии сосудистых тромбозов различных локализации.

Материал и методы исследования: Материалами для наших исследований явились образцы ДНК 107 больных с сосудистыми тромбозами различных локализации таких как ТГВНК n=35, ИИ n=35, ИМ n=37, которые составили основную группу. Контрольную группу составили 103 «здоровых» лиц без тромбозов в настоящий момент и в анамнезе. Критериями исключения для всех групп также были: возраст меньше 18 лет; беременность и 6 недель после неё; наличие у пациента онкологического заболевания. Молекулярно-генетические исследования выполнялись в отделе молекулярной медицины и клеточных технологий РСНПМЦ гематологии РУз.

Результаты: В исследованной объединённой группе пациентов и группе контроля частоты С/С, С/Т Т/Т генотипов С677Т в гене МТНFR в исследованных группах пациентов с сосудистыми тромбозами различных локализаций и контроля составили: 42.1%, 47.7% и 10.3% против 54.4%, 36.9% и 8.7% соответственно. Распределение частоты неблагоприятного генотипа Т/Т среди пациентов с сосудистыми тромбозами различных локализаций оказалась незначимо выше, чем в контрольной группе (10.3% против 8.7% соответственно, при $\chi^2=0.73$; $P=0.4$; $OR=1.5$; $95\%CI:0.58-3.99$). Выше перечисленные расчеты анализов показали, что риск развития тромбоэмболии сосудов различных локализации отсутствуют при наличии этого генотипа в группе пациентов в чем группе контроля.

Обнаружено тенденция к увеличению количества неблагоприятного маркера С/Т в исследуемой группе, что свидетельствует о повышением (1.7 раза) риска развития в



отношении формирования ТГВНК, ИИ, ИМ ($\chi^2=3.08$; $P=0.08$; $OR=1.7$; $95\%CI:0.94-2.97$). Частота дикого генотипа С/С среди больных оказалась незначимо ниже, чем в контрольной группе (42.1% против 54.4% соответственно, при $\chi^2=3.2$; $P=0.07$; $OR=0.6$; $95\%CI:0.35-1.05$).

Закключение: Полученные данные исследования показали, что обнаружение неблагоприятного генотипа С/Т риск развития сосудистых тромбозов различных локализации был низким. И практически не оказывают существенного влияния на развитие сосудистых тромбозов, приводящих к таким заболеваниям как ТГВНК, ИИ и ИМ. Никакой значительной связи между маркером Т/Т полиморфизма С677Т в гене МТНFR в развитии тромбоэмболия сосудов различных локализации не наблюдалось.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА Leu33Pro В ГЕНЕ ИНТЕГРИН БЕТА-3 (ITGB3) С РАЗВИТИЕМ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ СОСУДИСТЫХ ТРОМБОЗОВ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ.

Мусашайхова Ш.М., Салохиддинов З.С., Мусашайхов Х.Т.

Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан

Актуальность проблемы: Несмотря на современные достижения в диагностике и лечении тромбоэмболических заболеваний в мировой медицине эта проблема до настоящего времени не потеряла свою **Актуальность** и продолжает оставаться одной из основных причин высокой смертности и инвалидности среди трудоспособного населения во всём мире. По данным зарубежных авторов, проведённые масштабные исследования показали, что такие часто встречающиеся заболевания, как тромбоз глубоких вен нижних конечностей, ишемический инсульт и инфаркт миокарда являются одним из тяжёлых последствий тромботических осложнений.

Цель: Определить прогностическую значимость носительства полиморфизма Leu33Pro в гене ITGB3 в развитии сосудистых тромбозов различных локализации.

Материал и методы исследования: Для выполнения выше указанного цели в качестве материала для молекулярно-генетического исследования было использована периферическая кровь 107 больных с сосудистыми тромбозами различных локализации таких как ТГВНК $n=35$, ИИ $n=35$, ИМ $n=37$, которые составили основную группу. Контрольную группу составили 103 «здоровых» лиц без тромбозов в настоящий момент и в анамнезе. Молекулярно-генетические исследования выполнялись в отделе молекулярной медицины и клеточных технологий РСНПМЦ гематологии РУз.

Результаты: В ходе исследования **Результаты** анализов показали, что в группе пациентов и контроля доля Leu и Pro аллелей составила 91.1% и 8.9% против 95.6% и 4.4% соответственно. При статистической обработке выявлено незначительное уменьшение частоты дикого аллеля Leu ($\chi^2=3.4$; $P=0.06$; $OR=0.5$; $95\%CI:0.21-1.06$) и обнаружено



тенденция к увеличению мутантного аллеля Pro у больных с сосудистыми тромбозами различных локализаций по сравнению условно-здоровыми донорами. Рассчитанный коэффициент отношения шансов показал, что шанс обнаружения функционального неблагоприятного аллеля Pro у респондентов основной группы повышался в 2.1 раза по сравнению у представителями контрольной группы ($\chi^2=3.4$; $P=0.06$; $OR=2.1$; $95\%CI:0.94 - 4.83$).

Частота неблагоприятного генотипа Pro/Pro среди пациентов с сосудистыми тромбозами различных локализаций оказалась незначимо выше, чем в контрольной группе (0.9% против 0.0% соответственно, при $\chi^2=1.0$; $P=0.3$; $OR=***$). А также дикий генотип Leu/Leu исследуемой группе обнаружен незначительно меньше по сравнению группой контроля ($\chi^2=3.1$; $P=0.08$; $OR=0.5$; $95\%CI:0.20-1.11$). Это означает отсутствие ассоциации данных генотипов (Leu/Leu, Pro/Pro) в отношении формирования сосудистых тромбозов различных локализаций, такие как ТГВНК, ИИ, ИМ.

Вместе с тем обнаружено тенденция к повышению доли носителей неблагоприятного генотипа Leu/Pro среди пациентов по сравнению с группой контроля (15.9% против 8.7% соответственно). Согласно коэффициенту соотношения шансов, риск развития сосудистых тромбозов различных локализаций при наличии данного генотипа увеличивается в 2.0 раза ($\chi^2=2.6$; $P=0.1$; $OR=2,0$; $95\%CI:0.85-4.71$).

Заключение: Таким образом, анализ полиморфизма Leu33Pro в гене интегрин бета-3 (ITGB3) позволяет определить предрасположенность к развитию ТЭЗ как ТГВНК, ИИ и ИМ при наличии минорного аллеля Pro и неблагоприятного гетерозиготного генотипа Leu/Pro, что и даёт возможность своевременно принять меры по профилактике рецидива и тромбогенных осложнений.

“СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОЧЕК”

Муталипов У.

Актуальность темы. Рак почки составляет 1-2% всех злокачественных новообразований у взрослых, 5-6% всех урологических заболеваний. У 40% пациентов развиваются метастазы, 5-летняя выживаемость пациентов с необнаруженными регионарными и отдаленными метастазами достигает 60-90%, в то время как 2-летняя ожидаемая продолжительность жизни пациентов с метастатическим распространением заболевания колеблется от 0 до 20%. В связи с этим проблемы раннего выявления опухолей, их дифференциальной диагностики, определения степени злокачественности почечно-клеточного рака (ПКР) являются весьма актуальными.

В последние годы наблюдается рост заболеваемости раком почки, в основном за счет так называемых "малых" (до 3-4 см) форм, которые чаще всего протекают бессимптомно.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Современные технологии позволяют проводить лапароскопические органосохраняющие операции при раке почки.

Лапароскопия также может быть использована для биопсии почки с опухолью. Визуализация органа возможна не только с помощью ультразвукового сканирования, но и лапароскопического и ретроперитонеоскопического доступа. Они используются для аспирации содержимого кисты с последующей биопсией стенки кисты. В последние годы при лечении локализованных "маленьких" опухолей почек широко применяются криодеструкция, радиочастотная абляция, лазерная абляция, мощный сфокусированный ультразвук, микроволновая термическая абляция, химиоабляция с **Введением** этанола и других веществ в опухоль. При лечении пациентов с раком почки реализуется принцип - от хирургического вмешательства к игле, а затем к дистанционному воздействию.

Цель исследования: Целью исследования явилась оптимизация лучевых методов исследования в диагностике "малых" до (до 4 см) образований почек.

Материалы и методы исследования: Проведено комплексное обследование 30 пациентов со здоровым и мочекаменным заболеванием (20 в основном группе, 10 в контрольной группе), обратившихся в клинику Андиганского медицинского института и ООО «Фарм стандарт люкс», РСНПЦО и РАФ Андиганский Филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. В алгоритм комплексного обследования пациентов помимо клинических и лабораторных методов исследования включался ультразвуковые методы исследования (трансабдоминальная эхография, доплерография, рентген).

Результаты исследования: Алгоритм лучевой диагностики небольших новообразований позволил в 95% случаев ($p < 0,001$) диагностировать "малые" формы ПКР, дифференцировать доброкачественные опухоли, псевдоопухоли, первично-кистозные формы ПКР с осложненными кистами, атипичные ангиомиолипомы и, с учетом результатов ультразвукового фармакологического исследования, оценить функциональное состояние почек, разработать тактику лечения совместно с онкологами.

Урографические признаки злокачественных опухолей почек: ампутация одной, группы чашечек; смещение лоханки вверх, вниз, латерально, медиально, ротация; дефекты заполнения с неровным контуром лоханки; смещение мочеточника вверх, медиально при больших размерах опухоли.

Урографические признаки доброкачественных опухолей - разрастание чашечки; смещение сердца медиально, латерально, в зависимости от размера и локализации. Те же симптомы наблюдаются и при одиночных кистах большого размера. Рентгенологическая семиотика прилох-ночных кист большого размера: полулунный дефект заполнения лоханки с плавными контурами; симптом "рассеянного свода", вызванный сдавлением сердца. При ретроградной пиелографии четко определяется плотное наполнение ЧЛ. Однако крупные злокачественные опухоли с экспансивным ростом с сохраненной капсулой сопровождаются симптомами, сходными с



доброкачественными опухолями и одиночными кистами. По теме данной работы продолжается сравнительный анализ методов радиационного исследования, и в будущем будут опубликованы окончательные **Результаты** исследования.

Вывод: Разработанный и внедренный в клиническую практику алгоритм комплексного клиничко-рентгенологического обследования с использованием современных ультразвуковых технологий, многофазной компьютерной ангиографии с тонкоигольной аспирационной биопсией позволяет в 95% ($p < 0,001$) диагностировать "малые" (до 4 см) формы ПКР, дифференцировать доброкачественные опухоли, псевдоопухоли, первично-кистозные формы рака почки, осложненные кисты, атипичные ангио-миолипомы, для установления сопутствующих заболеваний почек и, принимая во внимание **Результаты** ультразвукового фармакологического исследования функционального состояния почек, разработать тактику лечения. В связи с длительным бессимптомным течением почечно-клеточного рака небольших (до 4 см) размеров рекомендуется проводить профилактическое (диспансерное) ультразвуковое исследование мочевыделительной, гепатобилиарной систем пациентам старше 30 лет.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГочНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ДИФфуЗНЫМ ЭУТЕРИОИДНЫМ ЗОБОМ

Мухамедов Ф.Н., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Шамсиева Л.А., Алимбобоев С. К.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. В настоящее время широко изучается взаимосвязь заболеваний щитовидной железы и соматической патологии. Диффузный эутиреоидный зоб – наиболее частое заболевание среди заболеваний щитовидной железы. Недостаточное внимание к этим патофизиологическим механизмам может приводить к нарастанию тяжести соматической патологии, снижению функциональных возможностей щитовидной железы, частому рецидивированию основного патологического процесса и снижать эффективность проводимой терапии.

Цель исследования. Изучить особенности течения клиничко-биохимические и иммунологические показатели при бронхолегочной патологии у детей, протекающей на фоне диффузного эутиреоидного зоба.

Материал и методы. Обследовано 120 больных с бронхолегочной патологией (БЛП) на фоне диффузного эутиреоидного зоба в возрасте от 7 до 14 лет. Группу сравнения составили 30 больных с БЛП без патологии щитовидной железы. В процессе выполнения работы использованы общеклинические, биохимические и иммунологические методы исследования. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.



Результаты исследования. При анализе состояния преморбидного фона детей с бронхолегочной патологии (БЛП), протекающей на фоне диффузного эутиреоидного зоба (ДЭЗ), у 91,1% наблюдаемых в основном больше было диагностирована анемия I, II степени, у детей без ДЭЗ – у 80,0%, хронический тонзиллит – у 67,8%, у детей без ДЭЗ – у 53,3%, у 20% детей определялись сочетания указанных состояний. При изучении клинических симптомов и признаков у больных с БЛП на фоне ДЭЗ, по отношению к детям без патологии ЩЖ, выявлены утомляемость, сонливость, резкая смена настроения, снижение памяти, задержка физического развития, сухие, бледные кожные покровы, выпадение волос, аллергические реакции, головные боли и запоры.

Результаты биохимических исследований показали, что у детей с РБ и ВП на фоне ДЭЗ отмечалось недостоверное повышение уровня ТЗ и повышение уровня ТТГ и снижение тироксина (Т4) по сравнению с показателями практически здоровых детей, что указывает на напряжение функциональной активности тиреоидной системы. Отмечалось достоверное повышение МДА, ДК и снижение СОД и КТ по сравнению с показателями практически здоровых детей. Эти изменения в 1,4 раза были более выраженными у больных РБ и ВП затяжного течения, протекающих на фоне ДЭЗ. У детей с РБ и ВП затяжного течения выявляется дисбаланс в системе иммунитета. Отмечается достоверное снижение CD3 + -, CD4 + -, CD8 + -, CD16+ -лимфоцитов, наблюдалось повышение CD19+ - лимфоцитов по сравнению с практически здоровыми детьми. Изменения были более выражены у детей с ДЭЗ.

Выводы. Таким образом, у детей с бронхолегочной патологией своевременное выявление клинических (утомляемость, сонливость, снижение памяти, задержка физического развития, выпадение волос, головные боли и запоры), биохимических (повышение МДА и ДК, снижение СОД и КТ; повышение ТЗ, уменьшение Т4 и увеличение ТТГ) особенностей диктует необходимость комплексного подхода к их лечению. У детей с бронхолегочной патологией, протекающей на фоне диффузного эутиреоидного зоба, имеет место вторичная иммунная недостаточность, проявляющаяся более выраженным изменением количества CD3 + -, CD4 + -, CD8 + -, CD16+ - CD19 + - лимфоцитов, уровня IgG, А, М и ФАН.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Х.Т.Мусахайхов, А.Л.Косимов, С.М.Ахмадалиев, У.Х.Мусахайхов.

Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на внедрение многочисленных новых консервативных и оперативных методов лечения, летальность больных с деструктивными формами острого панкреатита



не уменьшается. Современные методы лечения не оказывают достаточной концентрации лекарственных препаратов, воздействие на активные ферменты, микробы, токсины, которые скапливаются в лимфатическом русле региона, клетчаточных пространствах.

Для улучшения результатов лечения острого панкреатита, профилактики прогрессирования деструктивных процессов в железе, осложнений мы вводили лекарственные препараты через брыжейку поперечно – ободочной кишки (ПОК). Интрооперационно, после хирургического вмешательства на поджелудочной железе, через брыжейку ПОК путем пункции, а затем через установленный в ней микроирригатор, проводили лимфатическую терапию наряду с традиционными методами лечения. Последовательно медленно – раствор новокаина, лазикса, затем вводим гепарин, контрикал или цитостатик, после чего антибиотик широкого спектра действия (гентамицин, ампициллин и др.) в разовой дозе. Микроирригатор, фиксировали и **Выводили** через отдельный разрез брюшной стенки.

В послеоперационном периоде проводили через него лимфатическую терапию капельно, вводя через систему указанные выше препараты. Указанная лимфатическая терапия применена у 19 больных с острым панкреатитом; из них у 11 лекарственные препараты вводили через установленный в брыжейке ПОК микроирригатор. Сеансы лимфатической терапии в течение 6 – 7 дней проводили ежедневно. В результате отмечалось быстрое купирование болей, после 2 сеанса восстанавливалась функция желудочно-кишечного тракта. В контрольной группе из 10 больных с острым панкреатитом послеоперационный период протекал тяжело, нормализация биохимических, общеклинических показателей наступала значительно позднее, имелись летальные исходы (2 больных).

Таким образом, способ лимфатической терапии острого панкреатита наряду с традиционными методами, обеспечивает непосредственное воздействие на активные ферменты, микробы, токсины, в клетчаточных пространствах региона, лимфе, крови, препятствует лимфо - и гемокоагуляции, развитию воспалительного процесса, оказывает тормозящее воздействие на ферментно – выделительную функцию поджелудочной железы.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО - НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

С.М.Мухтаров, Х.Т.Мусашайхов, А.Л.Косимов, Ш.М.Мусашайхова.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Клиническая картина гнойно- некротических поражений стопы (ГНПС) у больных сахарным диабетом (СД) характеризуются атипичным течением. Для создания снижения концентрации патологических микроорганизмов в патологическом очаге мы в комплексном лечении ГНПС применяли методы эфферентной терапии.



Материалы и методы. Нами проанализированы **Результаты** лечения 67 больных с ГНПС, у которых развился гнойно-некротический процесс. Впервые выявленный и до 10 лет СД был у 15,7 % больных, более 10 лет – у 27,1 %, более 15 лет – у 29,6 %, более 20 лет – у 27,6 % больных. Легкой степени тяжести – у 18,5 %, средней тяжести – у 40,3 %, тяжелой степени – у 41,2 %, инсулинзависимый – у 19,8 %, инсулиннезависимый – у 80,2 % больных. Манипуляция проводилась в течении 7-8 дней 2 раза в сутки. Учитывая, что основная часть больных, с осложненной диабетической стопой люди пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией для детоксикации организма применяли метод энтеросорбции (ЭС). В качестве сорбента использовали полифепан в суточной дозировке 1,0 г/кг массы тела в течение 8-9 дней. Для местного лечения гнойных ран использовали аппликационную сорбцию (АС) полифепаном. В случае обнаружения неклостридиальной анаэробной инфекции и антибиотикоустойчивой микрофлоры для промывания раны применяли 0,1 % раствор гипохлорита натрия.

Результаты. Использование в комплексном лечении предложенные нами методы позволили сохранить опорную функцию конечности у 86 % больных. Ампутации на уровне бедра выполнены у – 10 (10,5 %) больных, на уровне голени – у 3 (3,4 %), на уровне стопы – у 14 (16,1 %). Экзартикуляции пальцев выполнены у 25 (28,7 %), некроэктомии у 35 (40,2 %) больных. Летальность составила 3,4 % (умерло 3 больных).

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что включение ЭС и АС в комплекс лечебных мероприятий у больных с осложненной диабетической стопой взаимно дополняют друг друга, синхронно воздействуя на различные звенья сложного многофазного раневого процесса. Это способствует быстрому купированию гнойно-воспалительного процесса, уменьшает частоту гангрены, переводит его в сухую форму, снижает уровень и число ампутаций, уменьшает сроки лечения и риск летальных исходов.

ВЛИЯНИЕ АППЛИКАЦИОННОЙ СОРБЦИИ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

С.М.Мухтаров, Х.Т.Мусашайхов, А.Л.Косимов, У.Х.Мусашайхов.
Андижанский государственный медицинский институт

Изучение течения раневого процесса, выделение отдельных факторов воспаления, создание и промышленный выпуск сорбентов с высокими функциональными свойствами позволили обосновать целесообразность аппликационной сорбции (АС) при лечении гнойных ран у больных СД.

Нами изучены **Результаты** лечения 73 больных, с компенсированным СД у которых в мягких тканях развился гнойно-некротический процесс, из них инсулинзависимый – у 5 больных. Среди микробов, выделенных из биоптатов ран, наиболее часто встречался



стафилококк, который обнаружен в 84,9 % исследований, в 38,5 % случаев выделены неклостридиальные анаэробные микроорганизмы. Во всех случаях в ассоциации с анаэробами были 1 или 2 вида аэробов.

У 32 больных для местного лечения гнойных ран применяли АС. В качестве адсорбента для АС использовали полифепан, являющийся производным лигнина и обладающий высокими сорбционными свойствами. Сорбент на раневую поверхность наносили сразу же после вскрытия и промывания антисептиками гнойной полости через слой стерильной марли, обеспечив непосредственный контакт сорбента с раневой поверхностью. Сразу после вскрытия гнойника отмечалась отечность и гиперемия кожи, инфильтрация окружающих тканей. У всех больных исходная морфологическая картина отражала дегенеративно-воспалительную фазу раневого процесса.

Показательно положительное влияние АС полифепаном на местный гнойно-воспалительный процесс у больных СД. Уже на 1 сутки применения препарата наблюдалась выраженная дегидратация тканей и уменьшение отека раны и её краёв. Изменился характер раневого отделяемого, который из гнойно-гемморрагического приобретал вид прозрачного сукровичного. При гистологическом исследовании на 3-4 сутки фибриновый налет был значительно истончен, прилежал к подлежащей ткани рыхло. На 7-8 сутки фибриновый слой на поверхности вовсе отсутствовал. Отмечалось разрастание молодой грануляционной ткани.

Таким образом, применение АС полифепаном при лечении гнойных ран у больных СД способствует раннему устранению воспалительных явлений, ликвидации отеков и снятию болей, очищению раны от гнойно-некротических тканей, быстрому развитию грануляции и эпителизации, ускорению заживления раны. АС полифепаном открывает новые возможности неоперативного воздействия на гнойно-некротические очаги различной локализации, развившиеся у больных СД.

ВЛИЯНИЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА НА ФЕРТИЛЬНОСТЬ.

Наджмитдинова Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Эндометриоз – «загадочное» заболевание, и его точная причина до сих пор не установлена. Среди этиологических факторов перечислены врожденные, средовые, эпигенетические, аутоиммунные и аллергические факторы. Считается, что первичным механизмом образования очагов эндометриоза является ретроградная менструация, т. е. прохождение менструальной крови по фаллопиевым трубам в брюшную полость и имплантация отслоившихся клеток эндометрия. Однако, поскольку этот механизм наблюдается и у здоровых женщин, в формировании очагов эндометриоза должны участвовать и другие факторы. Эндометриоз у многих женщин



является причиной бесплодия, хронических болей и ухудшения качества жизни. Это также представляет собой значительное финансовое бремя для систем здравоохранения.

Цель исследования. Разработать современную концепцию восстановления репродуктивной функции у пациенток с наружным генитальным эндометриозом, с учетом степени тяжести, на основании изучения патогенеза нарушений оксидантно-антиоксидантного баланса и выявления факторов, влияющих на фертильность

Материалы и методы исследования. Исследования будут проводиться у 100 пациенток с наружным эндометриозом. Возраст исследуемых больных от 20 до 35 лет. В контрольную группу войдут 20 здоровых лиц идентичного возраста. Будет проведена оценка отдаленных результатов лечения с использованием инструментальных (УЗИ по протоколу IDEA), ORADS стратификация, ЛС методов исследования и анкетирования. А также, общеклинические, иммунологические, гормональные, инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Результаты исследования будут внедрены на практику в отделение гинекологии Андижанского перинатального центра. Будет разработан алгоритм **Введение** больных с наружным генитальным эндометриозом перенесших лапароскопическую кистэктомию

Вывод. Глубокий инфильтративный эндометриоз характеризуется тем, что эндометриоидные изменения могут проникать глубоко во внебрюшинное пространство и занимать различные органы малого таза, такие как мочевого пузырь, мочеточники, толстый кишечник, крестцово-маточные связки или влагалище. Это усугубляет исход фертилизации.

ТЕЧЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С МАЛОЙ МАССОЙ

Назаров К.Д., Ганиев А. Г.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии
Андижанского государственного медицинского института.

Цель исследования. Изучить зависимость состояния здоровья детей от массы тела при рождении и состояние их здоровья на момент наблюдения врачом-педиатром.

Материалы и методы. Изучено 101 историй развития ребенка Проведен ретроспективный анализ случаев рождения детей с малой массой тела, особенностей течения неонатального периода и исход различных патологических состояний в этом периоде.

Результаты. Среди всех обследованных детей с малой массой тела новорожденные с низкой массой тела (НМТ) составили 82,1%, очень низкой массой тела (ОНМТ) – 13,9%, экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) - 2,7%. Оценив факторы риска, мы выяснили, что среди детей с ЭНМТ чаще встречались оценки по шкале Апгар 3/4 на



1/5 минуте (что соответствует асфиксии средней степени тяжести), среди детей с ОНМТ - 5/5 (что соответствует легкой степени асфиксии), в группе детей с НМТ - 7/8 (отсутствие асфиксии). При этом в группе детей с ЭНМТ в 100% случаев применялись ИВЛ и **Введение** сурфактанта, в группе новорожденных с ОНМТ в 95% случаев применялась ИВЛ и в 92% случаев - **Введение** сурфактанта, в группе новорожденных с НМТ в 12% случаев применялась ИВЛ и в 1% случаев - **Введение** сурфактанта. В структуре заболеваемости среди новорожденных с НМТ преобладали: неврологическая патология, составляющая 45%; анемии новорожденных - 15,1%; неонатальная желтуха - 14,3%. В группе детей с ОНМТ преобладали: неврологическая патология, составляющая 47,4% и врожденные пороки развития - 18,6% случаев. В группе детей с ЭНМТ преобладали: неврологическая патология, составляющая 49,4%, врожденные пороки развития - 14%, инфекционные заболевания - 9,1% случаев. К году детям, рожденным с низкой массой тела, были поставлены группы здоровья: II - в 78,6% случаев, III - в 19,7% случаев, IV - в 1,7% случаев. Детям, рожденным с очень низкой массой тела, были поставлены следующие группы здоровья: II - в 59,2% случаев, III - в 40,8% случаев. Детям, рожденным с экстремально низкой массой тела, к году была поставлена III группа здоровья в 100% случаев.

Выводы. Полученные данные позволяют видеть у детей с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела одинаковый уровень выявления неврологической патологии, наблюдающийся в каждой группе примерно в половине случаев. Респираторная патология, а также врожденные пороки развития более характерны для детей с очень низкой массой тела, и значительно реже встречаются в группе детей с низкой массой тела. Полученные данные могут позволить более четко прогнозировать объем реабилитационных мер, которые необходимо использовать для указанных групп детей.

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Ганиев А.Г., Кузиев Д.В., Назаров К.Д.

Андижанский государственный медицинский институт
Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) в настоящее время широко используется для оценки нарушений регуляции АД у взрослых. В последние годы СМАД все чаще применяется для дифференциальной диагностики различных состояний, сопровождающихся изменениями АД у детей и подростков. Мониторирование АД предоставляет исключительную возможность проанализировать большое число значений АД как в течение дня, так и ночи, а также в период обычной физической и эмоциональной



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



активности пациента. СМАД позволяет оценить вариабельность АД в течение суток, а также выделить циркадные ритмы АД. В литературе опубликованы некоторые нормативные значения СМАД для детей и подростков.

Цель работы. Оценить роль СМАД в диагностике повышенного АД у детей.

Методика исследования. СМАД проведено 250 подросткам в кардиологических отделениях ОДММЦ г. Андижане. В исследование были включены пациенты с направительным диагнозом "артериальная гипертензия" (АГ). В наше исследование были включены 250 подростков в возрасте от 9 до 18 лет, из них 200 (75 %) мальчиков и 50 (25 %) девочка. Средний возраст – $13,2 \pm 1,8$ лет. Девочки были в возрасте от 10 до 18 лет ($M = 13,9 \pm 1,7$), причем они были разделены нами на 2 подгруппы: от 10 до 13 лет – 20 девочек ($M = 11,89 \pm 1,04$) и от 14 до 17 лет – 30 ($M = 15,07 \pm 1,03$); мальчики – от 9 до 18 лет ($M = 13,63 \pm 1,71$). Антропометрические данные: рост от 130 до 193 см, $M = 167,19 \pm 12,96$ (у девочек – от 130 до 176 см, $M = 159,58 \pm 9,43$; у мальчиков – от 134 до 175 см, $M = 149,78 \pm 12,54$). Вес находился в пределах от 29 до 87 кг ($M = 54,94 \pm 17,29$): у девочек – от 33 до 65 кг ($M = 46,12 \pm 12,86$), у мальчиков – от 30 до 87 кг ($M = 67,58 \pm 17,59$). Всем подросткам рассчитали ИМТ (индекс массы тела). Ни у кого из подростков мы не прекратили досрочно измерения из-за выраженного дискомфорта или побочных эффектов. Всем подросткам проводилось измерение АД аускультативным методом Н. С. Короткова в условиях поликлиники и с помощью автоматических мониторов АД. Всего было использовано 3 вида мониторов: "ABPM", "BPLab", "TensioDay", основанных на осциллометрическом принципе измерения АД. Для анализа использовался период мониторингования от 12 до 24 часов. Оценивались средние значения для систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в дневное время. Все параметры были представлены в формате $M \pm Q$ и в процентах.

Результаты исследования и их обсуждение. Избыток массы тела выявлен у 75 подростков (30 %) без половых различий, но среди девочек достоверно преобладала группа от 10 до 13 лет: 36,11 против 18,2 % в группе от 14 до 17 лет ($p < 0,05$). Ожирение – у 7 подростков (14 %), в данном случае достоверно преобладала группа мальчиков: 13,91 против 8,79 % в группе девочек ($p < 0,05$). Среди девочек также преобладала группа от 10 до 13 лет: 11,12 против 7,3 % в группе от 14 до 18 лет. При обследовании детей в амбулаторных условиях значения САД и ДАД, превышающие 95%, были выявлены у 93 человек (37,25 %) без принципиальных различий по полу. Значения САД $> 95\%$ выявлены у 51 человек (25,5 %), в данном случае в процентном выражении незначительно преобладала группа девочек – 28,57 % (причем от 10 до 13 лет – 25 %, а от 14 до 17 лет – 30,9 %) против 24,60 % в группе мальчиков. Значения ДАД $> 95\%$ отмечены у 10 детей (2,5 %), все из группы мальчиков. При проведении СМАД значения САД и ДАД, превышающие 95%, были выявлены только у 25 детей (10 %), причем в процентном выражении преобладала группа девочек – 13,19 против 8,74 % в группе мальчиков. Значения САД $> 95\%$ отмечены у значительно большего количества подростков – 100 (40 %), в данном случае также преобладала группа девочек – 45,05 % (заметно значительное преобладание



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



группы девочек от 10 до 13 лет – 63,89% против 32,72 % в группе от 14 до 17 лет) против 37,86 % в группе мальчиков. Значения ДАД >95 % выявлены у 2 детей (0,5 %), оба из группы мальчиков. При сравнительном анализе динамики показателей АД в амбулаторных условиях и при СМАД выявили, что значения амбулаторного САД превышали значения САД при СМАД на 7,08 %, половых различий мы не обнаружили, но выявили, что среди девочек достоверно преобладала группа от 14 до 17 лет – 9,53 против 3,77 % в группе от 10 до 13 лет ($p < 0,05$). Значения амбулаторно измеренного ДАД превышали значения ДАД при СМАД на 15,29 %; в данном случае преобладала группа мальчиков – 16,15 против 12,10 % в группе девочек, где также достоверно преобладала группа от 14 до 17 лет 13,45 против 8,97 % в группе от 10 до 13 лет.

В настоящее время достаточно представлены нормативы и подходы к СМАД у детей и подростков. Европейское сообщество по АД опубликовало рекомендации по измерению АД различными тонометрами, включая и аппараты для проведения СМАД. В соответствии с этими рекомендациями анализ всех полученных нами результатов проводился с учетом 95 % для соответствующего пола, возраста и роста. В результате мы выявили, что только у 165 подростков (66,25 %) с направительным диагнозом АД он был подкреплён соответствующими цифрами АД, зафиксированными в амбулаторной карте пациента. Также можно отметить, что при амбулаторном обследовании наиболее часто независимо от пола встречается систоло-диастолическая АД. Изолированная систолическая АД встречается значительно реже. После проведения СМАД диагноз АД подтвержден только 123 подросткам (49,25 %), причем в отличие от амбулаторного обследования здесь значительно преобладала изолированная систолическая АД (следовательно, можно думать о завышении значений ДАД в амбулаторных условиях) и выявлена зависимость от пола. Систолическая АД наиболее часто встречается у девочек – в 45,05 % случаев, в то время как у мальчиков – только в 37,80 % ($p < 0,05$). Также нами замечено, что среди девочек изолированная систолическая АД наиболее часто встречается в возрасте от 10 до 13 лет, т. е. в период наиболее интенсивного полового созревания. Изолированная диастолическая АД крайне редко встречается как по данным СМАД, так и при амбулаторном обследовании. В результате обработки полученных результатов мы выявили, что гипертензия "белого халата" в наших исследованиях встречается в 25 % случаев, что подтверждает ранее опубликованные данные.

В результате проведенного нами анализа динамики показателей АД выявили, что в амбулаторных условиях значения САД и ДАД превышали аналогичные значения при СМАД на 7,08 и 15,18 % соответственно.

Вывод. Для правильной постановки диагноза АД в амбулаторных условиях необходимо четко определять соответствие фактического АД значениям 95 % для соответствующего пола, возраста и роста. Однако даже соблюдение этого условия не обезопасит от ошибочной постановки диагноза и необоснованного назначения лечения. Наиболее информативным методом диагностики АД в педиатрии является СМАД,



сводящее до минимума влияние на уровень АД окружающей медицинской среды, эмоционального напряжения, физической нагрузки и других факторов.

ПРИИМУЩЕСТВО ГРУДНЫМ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ДО ДВУХ ЛЕТ

Назаров К.Д.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

На сегодняшний день один из актуальных проблем современности из-за широкой распространенности являются заболевания аллергического характера влияющие на качество жизни больного ребёнка и его семьи. Заболевания аллергического характера не ограничиваются опасностью только для отдельного ребёнка, также они опасны для здоровья всего народа. Аллергические заболевания представляют опасность не только для отдельного человека, но и в целом для здоровья нации.

Ведущую роль вспышки аллергозов среди детского населения играют нарушения при кормлении, то есть это связана с переходом на искусственное вскармливание. Как нам известно при искусственном кормлении ребенок полностью не получает необходимые ему питательные вещества, кроме того оно является чужеродным. Одним из важнейших причин увеличения аллергических заболеваний среди детей – это замена естественного вскармливания искусственным. В результате незрелости желудочно-кишечного тракта питательные вещества расщепляются не до конца, и не теряя аллергенных свойств, переходят в кровь, вызывая сенсibilизацию организма.

Целью нашего исследования явилось изучение преимуществ грудного вскармливания в развитии лекарственной аллергии у детей до двух лет.

Материал и методы. Обследовано 66 больных детей в возрасте с одного месяца до 5 лет, с диагнозом лекарственная аллергия. Из обследованных больных 33 (50%) составили дети грудного возраста.

Мы изучили общую характеристику больных детей и характер вскармливания детей грудного возраста. В нашей работе использованы анамнестические клинические и иммунологические методы исследований.

Результаты и обсуждение. По анамнестическим данным из 33 больных 22 (66%) детей до 6 месяцев были переведены на искусственное и смешанное вскармливание.

В результате чего, эти дети страдали частыми простудными заболеваниями и вынуждены были часто получать лекарственные препараты. Назначенные лекарства в свою очередь вызывали сенсibilизацию организма детей и развитие лекарственной аллергии, даже в грудном возрасте.

Выводы. В заключение можно отметить, что при раннем отмене грудного вскармливания в связи с несовершенством системы иммунитета дети первых лет жизни часто переносят вирусные инфекции, по поводу которых им назначают антибиотики и другие лекарственные препараты.



Многократное назначение лекарственных препаратов этим детям способствует сенсбилизации, с дальнейшим развитием лекарственной аллергии.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В СПИНЕ

Назарова Г. Т., Абдукадирова Д.Т., Рузиева Угилой
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность. Боль в спине-это распространённая проблема здоровья,встречающаяся минимум у 80% взрослой популяции хотя бы один раз в течение всей их жизни. У 17-20% пациентов наблюдается хронизация боли. При хронических болевых синдромах психосоциальные факторы риска становятся значимыми и могут объяснить как пациенты реагируют на боль.

Цель-изучение распространённости депрессивных расстройств среди пациентов с хроническим болевым синдромом в спине и выявление корреляционных связей между наличием хронического болевого синдрома в спине и нарушением психоэмоционального фона.

Материалы и методы. Исследование было проведено в клинике АГМИ (1,2 и 3 отделения неврологии). В исследование включено 10 больных (40% мужчины; 60% женщины) в возрасте от 20 до 45 с хроническим болевым синдромом в спине с длительностью боли более 12 недель. В качестве методов оценки использовались опросник для выявления нейропатической боли Pain Detect; визуальная аналоговая шкала (ВАШ) выраженности болевого синдрома; шкала степени ограничения жизнедеятельности из-за боли в спине Освестри (Oswestry Disability Index); шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory).

Результаты. Среди пациентов с хроническим болевым синдромом в спине симптомы депрессии были выявлены в 60% случаев. Их распределение по степени выраженности следующее: у 20% пациентов определялась лёгкая(субклиническая) депрессия, у 26% умеренная, у 10% выраженная и у 4% тяжёлая. Используя коэффициент ранговой корреляции Спирмена мы выявили статистически значимые корреляционные связи между показателями по шкале депрессии Бека выраженностью нейропатического болевого синдрома по опроснику Pain detect ($r=0.861$; $p=0.006$). Между собой были связаны и значения по Pain Detect и шкале Освестри ($r=0,745$; $p=0,001$).

Выводы. Хронический болевой синдром в спине часто встречается в коморбидности с депрессивным расстройством. Наши **Результаты** служат обоснованием для введения оценки психоэмоционального статуса в рутинную программу обследования пациентов с хроническим болевым синдромом в спине.



УСИЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ С НАСЕЛЕНИЕМ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. На основании Приказа МинЗдрав РУз №240 врач общей практики (ВОП) должен эффективно проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) среди населения прикрепленного участка. Охрана здоровья населения – основная деятельность ВОП, включает: пропаганду здорового образа жизни, пропаганду физической культуры и спорта, рекомендации по рациональному питанию, профилактику заболеваний. Пропаганда здорового образа жизни включает комплекс мероприятий, направленных на улучшение здоровья и предупреждение болезней

Цель: Изучить степень эффективности мероприятий по формированию здорового образа жизни среди населения на основании Приказа МинЗдрав РУз №240 и улучшить информированность медработников по методам пропаганды ЗОЖ.

Материалы и методы: Наше исследование проводилось в условиях сельских врачебных пунктов Булакбашинского тумана Андижанской области. Было организована группа медработников, состоящая из 56 человек. Среди медработников было проведено анкетирование по вопросам пропаганды ЗОЖ и изучено степень информированности о методах. Вопросы анкетирования составлены о методах пропаганды ЗОЖ, информирование населения, беседы медицинских работников во время консультации в СВП, поликлинике или на дому (индивидуально, в семье или в группах), передача информации друг другу, привлечение авторитетных жителей махалли, местных лидеров из числа активистов махалли, комитет женщин, влияние руководителей местных органов управления. После анкетирования были проведены интерактивные семинары по обучению методам пропаганды ЗОЖ среди населения.

Результаты: Как показали **Результаты анкетирования**, 32 (57,1%) медработников из 56 знали о методах проведения пропаганды ЗОЖ. Однако эффективно не используют из-за загруженности рабочего графика. Патронажные медсестры (12чел.- 21,4%) отметили, что не всегда выполняют рекомендации врача на дому из-за не информированности. Большинство медработников не знают приоритеты рационального питания. Не все члены семьи вовлечены в процесс формирования здорового образа жизни. Медработники недооценивают связь ведения здорового образа жизни и развития хронических заболеваний. Персонал при общении с пациентами не способствует тому, чтобы они задавали вопросы по ведению здоровому образу жизни. При объяснении сути и правил ведения ЗОЖ персонал не добивается ответной реакции пациента. Медицинские сестры не правильно выполняют назначения врача по обучению пациентов профилактике хронических заболеваний. Чаще выбирается метод- беседа с группой



населения (46,0%). Во время анкетирования по вопросам формирования здорового образа жизни медработники недостаточно знают о методах работы с населением (58,4%). Темы бесед с группами населения были вопросы планирования семьи (32,1%), ботулизма и вирусного гепатита (31,3%), острые кишечные заболевания (36,6%). Среди населения был проведен опрос, где информирование командой (доктор, средний медицинский персонал и активисты махали) получили только 37,7 % респондентов, дома 32,1%, для 30,2 % участников основным источником информации было телевидение.

Выводы и рекомендации. Огромное значение имеет повышение эффективности мероприятий по формированию здорового образа жизни среди населения на основании Приказа МинЗдрав РУз №240 и улучшение информированности медработников по методам пропаганды ЗОЖ. Необходимо включать представителей старшего поколения в целевые группы программ оздоровления и формирования здорового образа жизни среди населения, для повышения их информированности по эффективным современным методам пропаганды здорового образа жизни. Улучшить командный подход к информированию и для информирования по возможности использовать телевидение и радиовещание.

ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель: Улучшить качество профилактики и лечения больных с артериальной гипертензией I-II степени в течение шести месяцев.

Методы: По ходу работы мы применяли анкетирование больных с помощью вопросника на наличие тонометров, знание об осложнениях, о предупредительных мерах АГ, принимаемых лекарственных препаратов. Мы просматривали записи на амбулаторных картах, брали интервью у больных во время консультации, осматривали аптеку на наличие гипотензивных средств.

Результаты базового анкетирования показали, что больные имеют доступность купить лекарство и приобрести их в любой аптеке. Большинство больных не могут пользоваться тонометром, они не знают, как предупредить возникновение АГ и предотвратить осложнения. 56 % больных всё ещё употребляют лекарства такие, как дибазол, папаверин, адельфан. Анализы амбулаторных карт показали, что 60 % врачей предписывают лекарства не руководствуясь клиническими рекомендациями (КР). В амбулаторных картах нет записей о повторных осмотрах, эффективности назначенного лечения. После анализа выявленных проблем, мы с командой запланировали внедрить изменения по некоторым направлениям. Мы обучили больных с АГ выявлению симптомов, осложнений и методике измерения артериального давления и раздали врачам поликлиники КР по АГ, обучили их использованию.



Результаты: По ходу визитов пациентов с АГ в поликлинику члены команды проводили еще раз опрос и проверку по выявлению осложнений и правильного использования тонометра, оказания самопомощи при повышении АД и сравнивали **Результаты**. Наблюдение за больными по методике тонометрии дали положительные **Результаты**. 80 % больных правильно смогли провести тонометрию. Дополнительным вмешательством стало информирование врачей о стандартах лечения АГ. **Результаты** оценивались регулярно 1 раз в месяц, в течение 6 месяцев, начиная с апреля 2014 года. Процент врачей предписывающих стандартное лечение для АГ вырос от 2 (40%) до 4 (80%). Вмешательства дали хорошие **Результаты**, и мы решили обучить всех медсестёр, чтобы они на регулярной основе обучали пациентов и их родственников. Для работы на участках мы создали школу гипертоников из обученных медсестёр и врачей.

Выводы: Непрерывная работа с больными повышает их доверия к медицинским работникам и принимаемым лекарствам, что непосредственно влияет на качества лечения, обучение больных приводит к улучшению качества работы поликлиники и облегчает работу медицинских работников, приобретение больными тонометров приводит к уменьшению визитов пациентов в поликлинику и улучшает самоконтроль за состоянием здоровья.

НАШ ОПЫТ И ПОДХОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ.

Ниматов Ф.С, Ходжанов.И.Ю, Ступина Н.В.,Валиев.О.Э,
РСНПЦТО

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) (англ. rheumatoid arthritis) — это системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом. Ревматоидным артритом страдает примерно 1% населения земного шара [Загородний Н.В. Несмотря на то, что воспаление мелких суставов является характерной чертой РА [2], довольно часто при тяжелом варианте течения заболевания на первый план выступает поражение крупных суставов (в первую очередь коленных и тазобедренных) [3]. Даже умеренные нарушения функции крупных суставов нижних конечностей значительно ограничивают физическую и социальную активность больных, неблагоприятно отражаясь на их качестве жизни (КЖ) В ряде случаев единственным методом оказания помощи таким больным является тотальное эндопротезирование суставов, каждый восьмой больной РА (13%) через 13 лет от начала заболевания нуждается в эндопротезировании суставов [Насонов Е.Л]. Это является следствием как недостаточной эффективности проводимой терапии с поздним назначением базисных



противовоспалительных препаратов, так и высокой активности самого заболевания [Каратеев Д.Е]. Пренебрежение этими данными может привести к серьезным ошибкам. Следовательно, выявление как костных так и мягкотканых изменений в коленном суставе при ревматоидном артрите и проведение соответствующего хирургического вмешательства помогут не только скорому восстановлению пациента но и также способствуют снижению послеоперационных осложнений. На сегодняшний день в нашем центре существуют этапы проведения хирургического вмешательства в коленном суставе при ревматоидном артрите.

1 Синовэктомия в сочетании задне-боковой капсулотомией

2 Эндопротезирование коленного сустава

Цель исследования : Оптимизация подхода к хирургическому лечению коленного сустава пораженного при ревматоидном артрите.

Целью настоящей работы был анализ опыта лечения больных ревматоидным артритом, которым проводилось хирургическое вмешательство в коленном суставе: синовэктомия, задне-боковая капсулотомия и тотальное эндопротезирование коленных суставов(ТЭКС)

Материалы и методы исследования: РСНПЦТО Узбекистана имеет большой опыт хирургическому лечению коленного сустава при ревматоидном артрите. Нами были изучены

Результаты хирургических вмешательств в коленном суставе при ревматоидном артрите у пациентов, поступивших за 2020 – 2023 года. Среди всех обследованных $82,1 \pm 2,6\%$ были женщинами и $17,9 \pm 2,6\%$ мужчинами. В возрастном аспекте обследованный контингент распределяли следующим образом: 22-35 лет - 75 больных ($71,4 \pm 1,1\%$); 36-60 лет - 30 больных ($28,5 \pm 3,3\%$); 61-74 года - 5 больных ($4,7 \pm 3,3\%$). Всем больным были верифицированы следующие заключительные диагнозы при госпитализации (всего $n=105$): Ревматоидный полиартрит, суставная форма. Двухсторонний гонартрит ($26,6 \pm 2,1\%$, $n=35$); Ревматоидный полиартрит, суставная форма двухсторонний гонартрит. Двухсторонняя разгибательно-сгибательная контрактура коленных суставов ($16,3 \pm 1,7\%$, $n=50$); ревматоидный полиартрит, суставная форма, двухсторонний гонартрит. Состояние после проведенной задней капсулотомии. ($19 \pm 1,4\%$, $n=35$); Учитывая сложность заболевания и вовлечения в процесс, как и мягкой тканей так и костной ткани нами был разработана этапное хирургическое лечение на коленном суставе при ревматоидном артрите.

1 этап. Учитывая раннее возникновение заболевания а также развивающееся нарушения в коленном суставе 1 этапом в хирургическом лечении было синовэктомия так как при этом удаляется очень большой очаг воспаления и часто воспалительный процесс в коленном суставе заметно стихает. После удаления патологически воспаленной синовиальной оболочки в некоторых случаях наблюдалась длительная ремиссия воспалительного процесса в суставе. При этом наблюдается переход в медленно прогрессирующая течение болезни, с которой легче справиться при помощи базисной терапии. Также при выраженном прогрессировании болезни из за позднего обращения к



нам у пациентов у которых развилась сгибательно-разгибательная контрактура в коленном суставе было проведено задняя капсулотомия. Эффект этого хирургического вмешательства было устранение порочного положения коленного сустава. Также после проведенной задней капсулотомии эндопротезирование коленного сустава приводилось с меньшими техническими трудностями. 2 этап. После проведенных этапов хирургического лечения заключительным этапом в лечении поражений коленного сустава при ревматоидном артрите является эндопротезирование коленного сустава. Показаниями проведения операции является стойкая боль и нарушение движения в суставе образование анкилозов в коленном суставе. Противопоказаниями является состояние болезни в стадии обострения, а также низкий уровень гемоглобина в крови и при снижении минеральной плотности суставных поверхностей обеих костей. Эффективность проведенной операции оценивалась через 3,6 года. У пациентов наблюдалось стойкая ремиссия в воспалительного процесса в коленном суставе. Отмечалась уменьшение болей по шкале ВАШ с 65 до 23. Улучшение состояния больного по шкале Insall с 30 до 60 . Эти показатели Эти показатели говорят в пользу эндопротезирования коленного сустава при ревматоидном артрите. Эдопротезирование коленного сустава на сегодняшний день является самым эффективным хирургическим методом при ревматоидном артрите.

Выводы. В результате разработанного 3 этапного хирургического лечения поражения КС при РА было достигнуто высокая эффективность хирургических вмешательств. При это м на всех этапах присутствовало базисное медикаментозное лечение. Этапы хирургического лечения являются взаимовосполняемыми и каждая следующая операция дает хорошие **Результаты** благодаря ранее проведенной.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМОФЕРЕЗА В КОМБИНАЦИИ С БАЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ.

**Ниматов.Ф.С, Ходжанов.И.Ю, Ступина Н.В.,Азизов.А.М.,
РСНПЦТО**

Оперативное лечение поражения тазобедренного сустава при ревматоидном артрите в современной ортопедии тесно связанна с применением эндопротезирования тазобедренных суставов.

Однако в послеоперационный период в связи присутствием основного заболевания риск осложнений очень высок. Это в первую очередь связано в высоким риском воспаления в области эндопротеза. На сегодняшний день есть множество лекарств уменьшающих риск послеоперационных осложнений. Большинство из этих препаратов уменьшают активность ревматоидного артрита а также снижают иммунитет. К сожалению длительный прием



этих препаратов увеличивает риск осложнений от побочных эффектов этих препаратов. На сегодняшний день использование экстракорпоральных методов очистки крови широко применяется при системных заболеваниях соединительной ткани. Одним из таких методов является плазмоферез.

Плазмоферез используется при высокой активности заболевания как вспомогательная терапия часто в комбинации с базисной терапией. Данная комбинация увеличивает эффективность последних. Пациенты после эндопротезирования тазобедренного сустава подвержены риску осложнений из за высокой активности ревматоидного артрита.

А также пациенты в начальном периоде ревматоидного артрита которым не произведено эндопротезирование тазобедренного сустава также могут получить плазмоферез. Это в свою очередь увеличивает эффективность получаемой базисной терапии а также продлевает срок эндопротезирования.

Наш опыт применения плазмофереза в сочетании с базисной терапией у пациентов с ревматоидным артритом которым было произведено эндопротезирование тазобедренного сустава показывает длительное снижение активности заболевания что в свою очередь увеличивает выживаемость эндопротезов.

ВЛИЯНИЕ ПРОБИОТИКОВ НА МИКРОБИОМ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Нишанова Д.В.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение: Внебольничная пневмония (ВП) является частой причиной заболеваемости и смертности детей во всем мире (1, 2). Пробиотики, которые представляют собой живые микроорганизмы, которые приносят пользу здоровью хозяина при введении в адекватных количествах, были предложены в качестве потенциального терапевтического вмешательства при ВП (3, 4). Было показано, что пробиотики улучшают клинические исходы и сокращают продолжительность болезни у взрослых с респираторными инфекциями (5-7). Однако влияние пробиотиков на микробиом и клинические исходы у детей с ВП остается неясным. В этом исследовании мы стремимся изучить влияние пробиотиков на микробиом и клинические исходы у детей с ВП с помощью Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра. Ключевые слова: пробиотики, пневмония, дети, инфекция, микробиом.

Методы: Это исследование является рандомизированным плацебо-контролируемым с участием детей в возрасте от 6 месяцев до 12 лет с ВП. Исследование проводился в Андижанском областном детском многопрофильном медицинском центре в Андижане, Узбекистан. Участники случайным образом распределены для получения



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



либо пробиотической добавки, либо плацебо в течение 14 дней. Пробиотическая добавка содержало комбинацию *Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium lactis* и *Streptococcus thermophilus*, в то время как плацебо будет представлять собой идентичную на вид капсулу, содержащую микрокристаллическую целлюлозу. За участниками исследования наблюдались в течение 30 дней.

Основным результатом исследования стало влияние пробиотиков на микробиом детей с ВП. Это оценивался с использованием образцов стула, собранных у участников на исходном уровне, на 7-й и 14-й день. Образцы стула проанализированы с использованием секвенирования гена 16S рНК для определения разнообразия и состава микробиоты кишечника.

Вторичные исходы будут включать клинические исходы, такие как продолжительность болезни, продолжительность пребывания в больнице и потребность в антибиотиках. Клинические **Результаты** оценивались с использованием стандартизированных инструментов клинической оценки и медицинских записей.

Результаты: Всего в исследование было включено 120 детей, из которых 60 детей были рандомизированы для получения пробиотической добавки, а 60 детей были рандомизированы для получения плацебо. Две группы были схожи по демографическим характеристикам, клиническим признакам и тяжести заболевания на исходном уровне.

Основным результатом исследования было влияние пробиотиков на микробиом детей с ВП. Анализ образцов стула, собранных у участников на исходном уровне, на 7-й и 14-й день, показал, что в группе пробиотиков наблюдалось значительное увеличение относительного содержания *Lactobacillus* и *Bifidobacterium* по сравнению с группой плацебо. Это говорит о том, что пробиотическая добавка способна изменить микробиоту кишечника у детей с ВП. Кроме того, наблюдалось значительное увеличение альфа-разнообразия в группе пробиотиков на 14-й день по сравнению с исходным уровнем, что указывает на более разнообразную микробиоту кишечника.

Вторичные исходы исследования включали клинические исходы, такие как продолжительность болезни, продолжительность пребывания в стационаре и потребность в антибиотиках. Продолжительность болезни была одинаковой в обеих группах, со средней продолжительностью 7 дней в группе пробиотиков и 8 дней в группе плацебо ($p=0,24$). Продолжительность пребывания в стационаре также была одинаковой в обеих группах: средняя продолжительность пребывания в больнице составляла 5 дней в группе пробиотиков и 6 дней в группе плацебо ($p = 0,37$). Не было существенной разницы между двумя группами с точки зрения потребности в антибиотиках: 42 (70%) ребенка в группе пробиотиков и 45 (75%) детей в группе плацебо получали антибиотики ($p = 0,54$).

Тем не менее, были некоторые различия в клинических исходах между двумя группами. У детей в группе пробиотиков была значительно более низкая частота персистирующей лихорадки (определяемой как лихорадка, продолжающаяся более 72 часов после начала антибактериальной терапии) по сравнению с группой плацебо (17% против 32%, $p = 0,04$).



Кроме того, в группе пробиотиков частота диареи была значительно ниже, чем в группе плацебо (5% против 20%, $p=0,008$).

Вывод: в этом исследовании мы обнаружили, что пробиотическая добавка, содержащая *Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium lactis* и *Streptococcus thermophilus* были способны модифицировать микробиоту кишечника у детей с ВП. Хотя не было существенной разницы между группами пробиотиков и плацебо с точки зрения продолжительности болезни, продолжительности пребывания в больнице или потребности в антибиотиках, в группе пробиотиков отмечалась более низкая частота персистирующей лихорадки и диареи. Эти **Результаты** свидетельствуют о том, что пробиотики могут оказывать благотворное влияние на клинические исходы у детей с ВП. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы подтвердить эти **Выводы** и определить оптимальную пробиотическую схему лечения ВП у детей.

РОЛЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ВИТАМИНА D И ЦИНКА В РАЗВИТИИ ПРЕДИАБЕТА И ДИАБЕТА: НЕОБХОДИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ СВЯЗИ И ПОСЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕНЕНИЯ.

Нишанова М.С., Юсупова Ш.К.

Актуальность. Сахарный диабет 2 типа Сахарный диабет 2 типа - это хроническое метаболическое заболевание, характеризующееся нарушением функции поджелудочной железы и/или инсулинорезистентностью клеток организма, что приводит к повышенному уровню глюкозы в крови (гипергликемии).

Предиабет - это состояние, при котором уровень глюкозы в крови выше нормы, но не достаточно высок, чтобы диагностировать диабет. Люди с предиабетом имеют повышенный риск развития диабета 2 типа, а также других серьезных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания и инсульт. Предиабет может быть обратимым, если принять меры по снижению уровня глюкозы в крови через изменение образа жизни и диету.

Цинк – эссенциальный микроэлемент, иммуностимулятор и антиоксидант, участвующий в работе эндокринной и половой систем, иммунитета, целого ряда ферментов и гормонов. Цинк удлиняет гипогликемический эффект инсулина, стимулирует гемоглобинообразование и эритропоэз, оказывает липотропное воздействие, поддерживает деятельность антител, лейкоцитов, вилочковой железы и гормонов, что повышает сопротивляемость организма инфекциям и способствует заживлению ран, стимулирует деятельность половых желез.

Предиабет и сахарный диабет 2 типа являются глобальными проблемами общественного здоровья. Недостаток витамина D и цинка может играть важную роль в развитии этих заболеваний. В данной работе будет проанализирована корреляция между дефицитом витамина D и цинка и риском развития предиабета и сахарного диабета 2 типа.



Цель исследования: Выявить корреляционные данные между витамином D, цинком и развитием предиабета и сахарного диабета 2 типа.

Материалы и методы исследования: В ходе работы в Мархаматском тумане Андижанской области, был проведен скрининг взрослого населения входящую в группу риска развития предиабета и сахарного диабета 2 типа. Среди групп людей с выявленным предиабетом и вновь выявленным сахарным диабетом 2 типа также у контрольной группы были проведены корреляционные данные между витамином D, цинком для определения роли данных микроэлементов в развитии предиабета и сахарного диабета 2 типа.

Результаты исследования: В ходе исследования было обнаружено, что уровень 25(OH)D (25-гидроксивитамин D) в организме большинства пациентов находился ниже 12 нг/мл, что указывает на сильный дефицит витамина D. Это отмечено у 82% всех пациентов.

У 8% пациентов был отмечен уровень 25(OH)D в диапазоне от 20 до 50 нг/мл, что свидетельствует о нормальном уровне витамина D.

10% пациентов имели уровень 25(OH)D в диапазоне от 12 до 20 нг/мл, что указывает на дефицит витамина D легкой и средней тяжести.

В целом, эти **Результаты** говорят о высокой распространенности дефицита витамина D среди пациентов. Сильный дефицит наблюдался у большинства из них, что требует принятия мер для коррекции уровней витамина D в организме.

Заключение. В данной работе была рассмотрена связь между дефицитом витамина D и цинка и развитием предиабета и сахарного диабета 2 типа. Были представлены нормальные показатели витамина D и цинка, а также диагностические критерии предиабета и сахарного диабета 2 типа.

Корреляционные данные показали, что существует связь между недостатком витамина D, цинка и увеличенным риском развития предиабета и сахарного диабета 2 типа у пациентов. Эти **Результаты** указывают на необходимость учета уровней витамина D и цинка при оценке риска развития этих заболеваний и возможности применения соответствующих диетических и фармакологических стратегий для их профилактики и лечения.

Выводы. Дальнейшие исследования должны быть направлены на более глубокое понимание механизмов, связывающих дефицит витамина D, цинка и развитие предиабета и сахарного диабета 2 типа. Необходимо провести больше крупных популяционных исследований для подтверждения полученных данных и определения оптимальных доз витамина D и цинка для профилактики и лечения этих заболеваний. Также следует исследовать возможные механизмы действия витамина D и цинка на метаболические процессы, связанные с развитием диабета.



НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У ЖЕНЩИН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ниязова Ё.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время НАЖБП является одним из самых распространенных заболеваний в гепатологии, занимает первое место среди метаболических поражений печени.

НАЖБП - заболевание печени неалкогольной этиологии с признаками жировой дистрофии и лобулярным гепатитом [Мехметиев С.Н. 2008] Общая распространенность НАЖБП в популяции колеблется от 10% до 40%, тогда как частота неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) составляет 2-4%. НАЖБП встречается во всех возрастных группах, но наибольшему риску её развития подвержены женщины в возрасте 40- 60 лет с ожирением, нарушениями углеводного, липидного обменов. Ключевая роль в нарушении липидного обмена принадлежит печени, так как изменения липидного спектра крови и нарушение холестерина обмена начинаются на уровне гепатоцита.

В последние десятилетия распространенность СД 2 типа увеличивается стремительными темпами, достигая масштабов пандемии, и становится тяжелым социальным и экономическим бременем для современного общества.

Проблема сахарного диабета привлекает внимание врачей различных специальностей не только в связи с высокой распространенностью и хроническим течением заболевания но и с большим количеством осложнений со стороны многих органов, систем, в частности желудочно кишечного тракта. Развитие СД 2 типа негативно сказывается на состоянии ткани печени, нарушая обмен белков, аминокислот, жиров и других веществ в гепатоцитах, что свою очередь, предрасполагает к развитию хронических заболеваний печени. При СД 2 типа изменения печени обнаруживают у 35- 100 % пациентов [Г.А Велиева .2015]. В популяционном исследовании Verona Diabetes Study цирроз печени находится на 4 месте среди причин летальных исходов СД (4.4 % от количества смертей).

В связи с высокой распространенностью СД2 и НАЖБП в популяции, изучение связи этих заболеваний является актуальным в целях улучшения диагностики, лечения и профилактики.

Цель: оценить взаимосвязь индекса массы тела и НАЖБП у женщин с СД2 проживающих в Андижанской области.

Материалы и методы: Проведено исследование на базе клиник Андижанского государственного медицинского института с **Целью** выявления частоты поражения печени при СД2. В исследование включены 108 женщины, проживающие в Андижанской области, в возрасте от 40 до 60 лет, средний возраст составил 46,0±2,26 [Me 34,5; 95%ДИ 31,6-40,5] лет. В контрольную группу вошли 20 женщины



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



аналогичного возраста без СД 2 и сонографических признаков жирового гепатоза . Средний возраст $42,4 \pm 3,69$ [Me 32,0; 95%ДИ 25,1-39,6] лет. Определялись индекс массы тела (ИМТ) $\text{ИМТ} = \text{Вес (кг)} / \text{Рост (м)}^2$; норма 18.5 – 24.9 кг/м² , избыточная масса тела 25 - 29.9 кг / м² ; ожирение 1 степени 30-34,9 кг/м² , ожирение 2 степени 35-39,5 кг/м², ожирение 3 степени 40 - кг/м² и выше .

Оценивались уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) с расчетом индекса атерогенности (ИА). ИА рассчитывали по формуле (Холестерин общий - (ХС) липопротеиды высокой плотности / (ХС) липопротеиды высокой плотности) норма < 3.0. НАЖБП диагностировали с помощью ультразвукового исследования проводили ультразвуковой. системой SONO -SCAPE. SSI -5000 (США- КИТАЙ) с линейным датчиком на базе клиник Андиганского государственного медицинского института.

Результаты: Анализ результатов обследования показал: у женщин с СД2 избыточная масса тела выявлена у 32 (31%) женщин, ожирением страдали 15 (14%), дефицит массы тела отмечался у 11 (11%) женщин.

Пациенты с СД2 в сравнении с контрольной группой, имели статистически значимо более высокие уровни общего холестерина ($4,97 \pm 0,43$ ммоль/л vs $3,38 \pm 0,32$ ммоль/л; $P=0,05$) и ТГ ($2,03 \pm 0,30$ ммоль/л vs $0,94 \pm 0,10$ ммоль/л; $P=0,05$), а также более высокий ИА ($3,33 \pm 0,27$ против $1,91 \pm 0,35$; $P=0,01$). Тогда как уровни ХСЛПВП ($1,13 \pm 0,03$ ммоль/л) были значимо ниже, чем в группе без СД2 ($1,91 \pm 0,35$ ммоль/л; $P=0,05$). Содержание ХСЛПНП у женщин с СД 2 было повышенным ($2,70 \pm 0,17$ ммоль/л vs $2,20 \pm 0,21$ ммоль/л; $P=0,14$). У 70 % женщин с СД2 (не регулярно получавших сахарснижающую терапию), выявлены сонографические признаки НАЖБП.

Выводы: У женщин в возрасте от 40 лет до 60 лет с СД 2 (не регулярно получающие терапию) средние уровни ОХС, ТГ и ИА достоверно выше, а ХСЛПВП значимо ниже, чем у женщин без нарушений углеводного обмена. У 70 % женщин с СД2 (не регулярно получавших терапию), выявлены сонографические признаки НАЖБП. Оценка ИМТ , показателей липидного и углеводного обмена должно входить в перечень обязательных обследований пациентов с НАЖБП , быть строго индивидуальными, исходя из клинко-анамнестических данных.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОСНОВНЫМ НЕИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

М.Т. Ниязова, М.Э. Умарова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Артериальная гипертензия встречается у больных сахарным диабетом примерно в 2 раза чаще, чем в общей популяции. Частота артериальной гипертензии среди больных сахарным диабетом колеблется от 20 до 60% в зависимости



от использованных критериев повышенного артериального давления (АД) и типа сахарного диабета. Артериальная гипертензия является важным фактором риска развития многих серьезных осложнений сахарного диабета и ухудшения его течения, включая диабетическую ретинопатию, нефропатию, микро- и макроангиопатию.

Цель исследования. Анализ показателей заболеваемости по основным неинфекционным заболеваниям у население в возрасте 40 лет и старше.

Материалы и методы. Исследование проводилась в учреждениях первичного звена медико-санитарной помощи Сырдарьинской области Республики Узбекистан. В ходе исследования были проанализированы амбулаторные карты, нормативные документы и статические отчетно-учетная документация, а также непосредственно контролировался рабочий процесс и проанализировано соответствие стандартам.

Результаты исследования. В Сырдарьинской области проживает 267 тысяч 356 человек в возрасте 40 лет и старше, из них: обследовано 251 тысяча 250 человек. По результатам скрининга 96 тысяч 935 человек имели избыточную массу тела, 43 тысячи 739 человек страдали ожирением, 47 тысяч 321 человек страдали недостаточностью питания, 52 тысячи 443 человека малоподвижны, 23 тысячи 300 человек были подвержены вредным привычкам. По результатам обследования установлено, что артериальное давление было у 25 тысяч 192 человек, уровень холестерина - у 12 тысяч 973 человек, уровень глюкозы выше нормы - у 14 тысяч 605 человек.

Заболевания, диагностированные впервые в жизни: сердечно-сосудистые заболевания у 11 тысяч 899 человек, сахарный диабет у 6860 человек, другие заболевания у 6852 человек.

Преждевременная смерть- смерть наступившая раньше положенного срока по каким-либо причинам. Сердечно-сосудистые заболевания являются самой частой причиной преждевременных смертей. Общее количество смертей было зарегистрировано 2270 в 2020 году, 2459 в 2021 году и 2393 в 2022 году.

Вывод. Таким образом, по результатам скрининга 96 тысяч 935 человек имели избыточную массу тела, 43 тысячи 739 человек страдали ожирением, 47 тысяч 321 человек страдали недостаточностью питания, 52 тысячи 443 человека малоподвижны, 23 тысячи 300 человек были подвержены вредным привычкам.

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У ЖЕНЩИН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ-1

Ниязова Ё. М, Умурзакова Р.З, Юлдашева Н.Э
Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация. Оценена частота встречаемости неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у женщин с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) в возрасте от 40 до



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



60 лет, проживающих в Андижанской области. Выявлено, у женщин с СД2 средние уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и индекса атерогенности (ИА), встречаемость НАЖБП достоверно выше, а липопротеиды высокой плотности (ХСЛВП) значимо ниже, чем у женщин без нарушений углеводного обмена. Увеличение частоты встречаемости НАЖБП у женщин, связано с возрастом, изменениями индекса массы тела (ИМТ) наличием нарушений в липидном спектре. У 70 % женщин с СД 2 (не регулярно получавших терапию) диагностирована НАЖБП. Оценка нарушений углеводного обмена и достижение целевых значений, нормализация ИМТ должна входить в перечень обязательных обследований пациентов с НАЖБП и быть строго индивидуальными, исходя из собранных данных.

Ключевые слова : сахарный диабет, неалкогольная жировая болезнь печени, холестерин, липидный спектр, индекс массы тела, распространенность, углеводный обмен

Актуальность . В настоящее время НАЖБП является одним из самых распространенных заболеваний в гепатологии, занимает первое место среди метаболических поражений печени.

НАЖБП - заболевание печени неалкогольной этиологии с признаками жировой дистрофии и лобулярным гепатитом [Мехметиев С.Н. 2008] Общая распространенность НАЖБП в популяции колеблется от 10% до 40%, тогда как частота неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) составляет 2-4%. НАЖБП встречается во всех возрастных группах, но наибольшему риску её развития подвержены женщины в возрасте 40- 60 лет с ожирением, нарушениями углеводного, липидного обменов. Ключевая роль в нарушении липидного обмена принадлежит печени, так как изменения липидного спектра крови и нарушение холестерина обмена начинаются на уровне гепатоцита.

В последние десятилетия распространенность СД 2 типа увеличивается стремительными темпами, достигая масштабов пандемии, и становится тяжелым социальным и экономическим бременем для современного общества.

Проблема сахарного диабета привлекает внимание врачей различных специальностей не только в связи с высокой распространенностью и хроническим течением заболевания но и с большим количеством осложнений со стороны многих органов, систем, в частности желудочно кишечного тракта. Развитие СД 2 типа негативно сказывается на состоянии ткани печени, нарушая обмен белков, аминокислот, жиров и других веществ в гепатоцитах, что свою очередь, предрасполагает к развитию хронических заболеваний печени. При СД 2 типа изменения печени обнаруживают у 35- 100 % пациентов [Г.А Велиева .2015]. В популяционном исследовании Verona Diabetes Study цирроз печени находится на 4 месте среди причин летальных исходов СД (4.4 % от количества смертей).



В связи с высокой распространенностью СД2 и НАЖБП в популяции, изучение связи этих заболеваний является актуальным в целях улучшения диагностики, лечения и профилактики.

Цель: оценить взаимосвязь индекса массы тела и НАЖБП у женщин 40- 60 лет с СД2 проживающих в Андижанской области.

Материалы и методы: Проведено исследование на базе клиник Андижанского государственного медицинского института с **Целью** выявления частоты

поражения печени при СД2. В исследование включены 108 женщины, проживающие в Андижанской области, в возрасте от 40 до 60 лет, средний возраст составил $46,0 \pm 2,26$ [Ме 34,5; 95%ДИ 31,6-40,5] лет. В контрольную группу вошли 20 женщины аналогичного возраста без СД2 и сонографических признаков жирового гепатоза. Средний возраст $42,4 \pm 3,69$ [Ме 32,0; 95%ДИ 25,1-39,6] лет. Определялись индекс массы тела (ИМТ) $\text{ИМТ} = \text{Вес (кг)} / \text{Рост (м)}^2$; норма 18.5 – 24.9 кг/м², избыточная масса тела 25 - 29.9 кг/м²; ожирение 1 степени 30-34,9 кг/м², ожирение 2 степени 35-39,5 кг/м², ожирение 3 степени 40 - кг/м² и выше.

Оценивались уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) с расчетом индекса атерогенности (ИА). ИА рассчитывали по формуле $(\text{ХСЛПНП} / \text{ХСЛПВП})$ норма < 3.0.

НАЖБП диагностировали с помощью ультразвукового исследования проводили ультразвуковой. системой SONO -SCAPE. SSI -5000 (США- КИТАЙ) с линейным датчиком на базе клиник Андижанского государственного медицинского института.

Результаты: Анализ результатов обследования показал: у женщин с СД2 избыточная масса тела выявлена у 32 (31%) женщин, ожирением страдали 15 (14%), дефицит массы тела отмечался у 11 (11%) женщин.

Пациенты с СД2 в сравнении с контрольной группой, имели статистически значимо более высокие уровни общего холестерина ($4,97 \pm 0,43$ ммоль/л vs $3,38 \pm 0,32$ ммоль/л; $P=0,05$) и ТГ ($2,03 \pm 0,30$ ммоль/л vs $0,94 \pm 0,10$ ммоль/л; $P=0,05$), а также более высокий ИА ($3,33 \pm 0,27$ против $1,91 \pm 0,35$; $P=0,01$). Тогда как уровни ХСЛПВП ($1,13 \pm 0,03$ ммоль/л) были значимо ниже, чем в группе без СД2 ($1,91 \pm 0,35$ ммоль/л; $P=0,05$). Содержание ХСЛПНП у женщин с СД2 было повышенным ($2,70 \pm 0,17$ ммоль/л vs $2,20 \pm 0,21$ ммоль/л; $P=0,14$). У 70 % женщин с СД2 (не регулярно получавших сахароснижающую терапию), выявлены сонографические признаки НАЖБП.

Выводы: У женщин в возрасте от 40 лет до 60 лет с СД2 (без контроля углеводного обмена) средние уровни ОХС, ТГ и ИА достоверно выше, а ХСЛПВП значимо ниже, чем у женщин без нарушений углеводного обмена

У 70 % женщин с СД2 (не регулярно получающие сахароснижающую терапию), выявлены сонографические признаки НАЖБП.



Оценка ИМТ, показателей липидного и углеводного обмена должно входить в перечень обязательных обследований пациентов с НАЖБП, быть строго индивидуальными, исходя из клинико-anamnestических данных.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОМИОЗА

Ибрагимова Н.Ш. Юсупова М.А.
Ургенчский филиал ТМА

Актуальность темы. Эндометриоз продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной гинекологии. Более века назад появились первые сообщения об эндометриозе, но некоторые аспекты этиологии, патогенеза, клинических, морфофункциональных, иммунологических, биохимических, генетических вариантов этого заболевания продолжают привлекать научных исследователей. Многие вопросы изучены, но **Актуальность** данной проблемы не снижается. Согласно мировой статистике, генитальный эндометриоз диагностируется у 7 - 50% женщин детородного возраста. Наиболее частой локализацией генитального эндометриоза является поражение матки - аденомиоз, удельная частота которого достигает 70 -80%. У 55 - 85% больных внутренний эндометриоз сочетается с миомой матки, около половины - страдают бесплодием. Бурное развитие медицинских технологий в последние десятилетия позволило повысить точность диагностики эндометриоза, однако она остается недостаточной, особенно при I - II степени распространенности заболевания.

Цель исследования. Разработать комплексную систему прогнозирования развития аденомиоза на основании оценки клинико-anamnestических данных.

Материал и методы исследования. Проводились общеклиническое и специальное гинекологическое и инструментальные методы исследования. Оценивались данные объективного исследования: рост, масса тела, вычислялся индекс массы тела (ИМТ = масса тела (кг)/рост (м²)), измерялись окружность талии и бедер, определялось их соотношение. Ультрасонография органов малого таза осуществлялась с помощью трансабдоминального и трансвагинального датчиков. Проведен анализ клинико-anamnestических особенностей пациенток с аденомиозом. В исследование вошло 104 женщины, 68 из которых составили I группу (с гистологически верифицированным аденомиозом) и II группа ретроспективной анализ 36 женщин. Также, проведено ретроспективное исследование с **Целью** изучения факторов риска развития аденомиоза. Также разработана и внедрена комплексная программа прогнозирования развития аденомиоза и оценка ее информативности на независимой выборке из 90 пациенток в возрасте 33 до 52 лет.

Результаты исследования. Частота аденомиоза среди пациенток, подвергшихся гистерэктомии, составляет 33,4%. Изолированно аденомиоз регистрируется



у 17,9% пациенток, в сочетании с миомой матки - у 31,4%, гиперплазией эндометрия - у 10,4%. Для пациенток с аденомиозом характерно наличие нарушений менструального цикла, проявляющихся обильными (94,8%) и болезненными (48,5%) менструациями. У 33,2% пациенток продолжительность кровотечений составляет 6- 10 дней, во II фазе - у 26,1%. Удельный вес болевого абдоминального синдрома в структуре жалоб составляет 25,8%. У пациенток с аденомиозом выявлена высокая частота экстрагенитальных заболеваний: избытка массы тела (ИМТ 25-30 кг/м²) 16,4%, ожирения (ИМТ более 30 кг/м²) (66%- 71,5%), гипертонической болезни (58,5%); гинекологических заболеваний: миомы матки (35,6%), гиперплазии эндометрия (46,2%); значительно чаще регистрируется прерывание беременности искусственным абортom (72,5%); отягощенный наследственный анамнез по онкологическим заболеваниям репродуктивной системы (рак эндометрия, рак тела матки и рак молочных желез) отмечен в 4,9%, в группе сравнения - в 1,3%. Пациентки I группы значительно чаще используют ВМК (45,8%) в отличие от пациенток II группы (0,85%). Средний возраст появления жалоб у пациенток с аденомиозом составил 38,5,±0,7 лет, средний возраст обращения к врачу - 43,7±0,6 года, средний возраст на момент проведения оперативного лечения - 49,3±5,51 лет.

Таким образом, средняя продолжительность заболевания от появления первых жалоб до визита к врачу составляет 5,3±0,4 года, а до оперативного лечения - 7,2±0,3 года. Только 10% пациенток с аденомиозом получали лечение: КОК, антигонадотропины, прогестагены, негормональные препараты растительного происхождения. Установлено, что наиболее значимый фактор риска аденомиоза - наличие в анамнезе диагностического выскабливания полости матки, кроме того, факторами риска являются ожирение, аборты и внутриматочная контрацепция, отягощенная наследственность по онкологическим заболеваниям репродуктивной системы и наличие менструаций.

Выводы. Клинико-анамнестическим показателем, обладающим наибольшей чувствительностью в прогнозировании аденомиоза, являлось наличие диагностического выскабливания полости матки (90,7%), а наибольшей специфичностью - искусственного аборта (92,2%).

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ БИЛОМ

Нормурадова Н.М., Сурхонов Т.У., Ахмедов Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Несмотря на широкое применение оперативного удаления желчного пузыря, исполняемое в различных модификациях, и большой опыт данных вмешательств, все еще относительно высокими остаются показатели послеоперационных осложнений (1,5-35%) и летальности (1,1-5,4%) при холецистэктомиях. Наиболее часто в послеоперационном периоде отмечается наружное желчеистечение по дренажу



брюшной полости, которое может самоликвидироваться за короткий промежуток времени (2-7 суток), так и персистировать длительный период. Изучение эхографических данных имеет огромное значение в улучшении диагностики данной патологии.

Цель исследования. Совершенствование диагностики биллом путем применения современных ультразвуковых технологий.

Материалы и методы исследования. В основу настоящей работы положены **Результаты** ретроспективного и проспективного анализа 62 пациентов с билломами, прооперированных в Республиканской клинической больнице №1, исследования проводились с помощью ультразвуковых приборов экспертного класса с использованием конвексного датчика 3-10 МГц.

Результаты исследования. Всего было рассмотрено 62 случая билиарных осложнений, наружный характер осложнений отмечен в 32 (51,61%), внутренний – в 30 (48,39%) Первичными ультразвуковыми признаками билломы являлись наличие анэхогенного отграниченного жидкостного скопления или гиперэхогенного жидкостного скопления во внутривнутрипеченочном или перипеченочном пространствах с множественными внутренними перегородками (признаки инфицирования содержимого билломы). Любые сомнения в состоянии больного трактовались как показание для контрольного УЗИ или МСКТ. При выявлении скопления жидкости в области операции выполнялась пункция, при которой получение желчи или жидкости с наличием желчи, желчного выделяемого из дренажа становилось условием для поиска источника желчеистечения. Источник желчеистечения устанавливали при помощи фистулохолангиографии через интраоперационно установленный дренаж. При отсутствии указанной возможности производилась ретроградная или антеградная холангиография.

Выводы. Таким образом, ранняя диагностика желчеистечений после операционном периоде, способствует успешному их предотвращению и лечению, что достигается почасовым УЗИ живота с **Целью** выявления жидкостных скоплений и их ликвидации для предупреждения развития тяжелых осложнений.

РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И ИММУННАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Нумонов Ш.М

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Цель исследования. Оценка динамики иммунного статуса у пациентов с осложнениями острого деструктивного панкреатита.

Материал и методы исследования. Был проведен анализ результатов лечения 56 пациентов, оперированных по поводу инфекционных осложнений острого



деструк-тивного панкреатита. В контрольную группу вошли 31 пациент, основную составили 25 пациентов, у которых в комплекс интенсивной терапии было включено раннее эн-теральное питание с использованием полноценных сбалансированных питательных смесей. Энтеральное питание начинали со 2-х суток. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, типу оперативного вмешательства, равноценности общего медика-ментозного комплекса, степени тяжести исходного состояния, уровню прогнозируемой летальности. Эффективность проводимой нутритивной терапии оценивали на 10 и 20-е сутки послеоперационного периода. Иммунный статус оценивали по общему количеству Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, В-лимфоцитов и по уровню сывороточных иммуноглобулинов (G, A, M). Оценку статистической значимости показателей считали достоверной при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. На момент оперативного вмешательства в обеих группах отмечалась однотипность иммунных изменений. Они заключались в развитии Т-лимфопении, дисбалансе субпопуляционного состава Т-лимфоцитов с преобладанием снижения количества циркулирующих Т-хелперов/индукторов. Отсутствие статисти-стически значимых различий позволяет сделать **Вывод** об идентичности показателей иммунитета на момент оперативного вмешательства. У

пациентов обеих групп был зарегистрирован вторичный иммунодефицит средней степени тяжести, при котором наиболее значимыми изменениями со стороны показателей иммунитета являлись по-ниженное содержание Т- и В-лимфоцитов, по сравнению с группой доноров. Анализ количественных показателей иммунитета показал, что на 10-е сутки после операции в группах наблюдались существенные различия. Абсолютное количество лимфоцитов в контрольной группе составляло 1369 ± 65 в 1 мл, в основной — был достоверно выше и составлял 2086 ± 84 ($p < 0,001$). Иммунный статус в контрольной группе характери-зовался снижением активности Т-клеточного и В-гуморального звеньев иммунитета. Снижение активности иммунорегуляторных клеток выражалось в уменьшении общего числа Т- и В-лимфоцитов. В контрольной группе сохранялись признаки вторичного иммунодефицита, обусловленные супрессией клеточного и гуморального звеньев им-мунной защиты. В основной группе было отмечено статистически значимое повышение

уровня В – лимфоцитов до $0,59 \pm 0,04$ ($p < 0,01$), что сопровождалось увеличением уров-ней Ig G до $2,55$ г/л ($p = 0,04$) и Ig A до $2,55 \pm 0,1$ г/л ($p = 0,03$). Статистически значимое уменьшение лейкоцитоза ($p < 0,01$) у пациентов основной группы свидетельствует об уменьшении тяжести системного воспалительного ответа. При сопоставлении с другими показателями иммунитета доноров статистически значимых отличий получено не было.

На 10 сутки после оперативного вмешательства в контрольной группе по-прежнему со-хранялись лейкоцитоз ($p < 0,01$) и лимфопения ($p < 0,01$). Достоверно ниже было содержа-ние Т-лимфоцитов (Е-РОК) ($p < 0,01$), активных Т-лимфоцитов ($p < 0,01$), В-лимфоцитов ($p < 0,01$) и Т-хелперов ($p < 0,01$). Уровень секреторного Ig A также был достоверно ниже ($p < 0,01$), чем у пациентов основной группы. В основной группе наблюдения уровень



содержания Т-лимфоцитов, активных Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов и Т-хелперов был достоверно выше ($p < 0,01$) аналогичных показателей контрольной группы и при этом достоверно не отличался от группы доноров. Уровень секреторного иммуноглобулина А был достоверно выше ($p < 0,01$), чем в контрольной группе и группе доноров.

Выводы. При развитии инфекционных осложнений на момент оперативного вмешательства установлено увеличение количества провоспалительных цитокинов в пери-ферической крови, что ведет к развитию SIRS-синдрома и в дальнейшем обуславливает

возникновение глубокого иммунодефицита преимущественно за счет клеточного звена. Включение в комплексную терапию больных острым панкреатитом раннего энтерального питания способствует компенсации недостаточности клеточного компонента иммунных реакций и фагоцитоза, тем самым, сокращая срок реабилитационного периода.

К ОЦЕНКЕ БЕЗОПАСНОСТИ ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Нумонов Ш.М

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

В рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с заболеваниями ЦНС в практику работы нашего отделения внедрена ранняя пассивная вертикализация пациентов после плановых нейрохирургических вмешательств по удалению новообразований головного мозга. Эта реабилитационная методика направлена на релаксационную тренировку, поддержание адекватного вегетативного обеспечения двигательной активности, сохранение должного влияния на позно – тоническую и динамическую активность вестибулярных и постуральных рефлекторных реакций и автоматизмов, что в конечном итоге должно привести к ранней активизации пациента и сокращению времени его пребывания в стационаре.

Цель работы. Сравнить затраты на лечение пациентов с множественными и одиночными метастазами в головной мозг в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Вертикализация проводится на роботизированной платформе – вертикализаторе «Анупов». Критериями исключения для пассивной вертикализации были: нарушение уровня сознания, сопровождающееся моторным возбуждением; нестабильность неврологического статуса; нестабильность гемодинамики; проведение искусственной вентиляции легких; гипертермия свыше $37,5$ о С. Первичная вертикализация проводилась через 4 часа после экстубации пациента и проведения теста пассивного поднятия ног для исключения гиповолемии. Всего выполнено 58



вертикализаций пациентов после хирургических вмешательств по поводу объемных образований больших полушарий головного мозга. С **Целью** оценки безопасности данной процедуры врачом функциональной у 13 пациентов оценивались скоростные показатели кровотоков в бас-сейне СМА на оперированной стороне. Средний возраст пациентов $50,4 \pm 6,3$ года.

Результаты. Нами были получены следующие показатели линейной скорости кровотока по СМА: перед началом вертикализации $65,42 \pm 4,64$ см/сек; при подъеме пациента до 20° , 40° и 60° скорость кровотока практически не изменялась; небольшой рост отмечался при подъеме на 80° - $71,33 \pm 6,26$ см/сек и при возврате в исходное положение лежа - $76,0 \pm 8,2$ см/сек ($p=0,57$).

Выводы. С учетом малого количества наблюдений делать достоверные **Выводы** не представляется возможным, но важно отметить, что даже при возрастании скорости кровотока при проведении вертикализации пациентов в раннем послеоперационном периоде, цифровые значения не выходят за пределы нормальных, что на данном этапе может говорить о безопасности процедуры.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОМ

Нумонов Ш.М.

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Введение. При травматическом шоке у больных возникает не только сосудистый спазм и системная гипоперфузия, но и тяжелые нарушения обменных процессов, обуславливающие повреждения эндотелия.

Целью данного исследования явилось изучение сопряженности параметров системной гемодинамики с биохимическими данными дисфункции эндотелия на фоне ее морфологической картины у больных с травматическим шоком.

Материал и методы. В работе представлены **Результаты** исследования выполненного у 17 больных с травматическим шоком 3 степени тяжести. Диагноз травматическим шок у больных устанавливался на догоспитальном этапе лечения. Все пациенты на догоспитальном этапе лечения получали инфузионную терапию, искусственную вентиляцию легких, которая осуществлялась после интубации трахеи, а также симптоматическое лечение. Общий объем кровопотери у больных составлял 2800 ± 100 мл. Всем больным на госпитальном этапе проводилось оперативное лечение, после которого пациенты поступали в отделение реанимации где продолжали получать противошоковую терапию. Осуществляли неинвазивную оценку параметров центральной гемодинамики, методом интегральной реографии. Определяли показатель гематокрита,



количество эритроцитов, уровень гемоглобина, содержание лактата, эндотелина-1 и фактора Виллебранда в сыворотке венозной крови. Исследования проводились при поступлении больных в операционную, через 12 и 24 часа после поступления больных из операционной в ОРИТ. Для морфологического исследования интраоперационно брался биопсийный материал сальника больных, который фиксировался в 10% нейтральном формалине и после соответствующей проводки по спиртам заливался в парафиновые блоки. Срезы толщиной 3–5 микрон окрашивались гематоксилином и эозином по ван Гизону и Вейгерту.

Результаты и обсуждения. У всех пациентов при поступлении регистрировался гиподинамический тип кровообращения, обусловленный гиповолемией, которая подтверждалась данными волемического статуса. В это же время, у больных регистрировалось увеличение содержания в плазме крови эндотелина-1 (в 7 раз) и фактора Виллебранда (в 3 раза) по сравнению с контролем, что свидетельствовало о наличии эндотелиальной дисфункции. Это подтверждалось и морфологической картиной сосудов сальника, в которых отмечалось сладжирование эритроцитов и тромбообразование, а также выход клеток красной крови в интерстициальное пространство, что характерно для тяжелых циркуляторных нарушений в сосудах и развивающейся эндотелиальной недостаточности. Проведенный корреляционный анализ Пирсона позволил выявить у больных статистически значимые связи между УОС и эндотелином-1 ($r=-0,58$, $p<0,05$), УОС и лактатом ($r=-0,96$, $p<0,05$), ОЦК и эндотелином-1 ($r=-0,68$, $p<0,05$), ОЦК и фактором Виллебранда ($r=-0,51$, $p<0,05$), ОПСС и эндотелином-1 ($r=0,59$, $p<0,05$), ОПСС и фактором Виллебранда ($r=0,38$, $p<0,05$), лактатом и фактором Виллебранда ($r=0,52$, $p<0,05$), лактатом и эндотелином-1 ($r=0,64$, $p<0,05$), которые свидетельствовали о взаимосвязи гемоциркуляторных нарушений и эндотелиальной дисфункции. Проводимая в ОРИТ инфузионно-трансфузионная терапия на фоне инотропной и сосудистой поддержки оказывала позитивное влияние на параметры гемодинамического и волемического статуса пациентов. Это подтверждалось дисперсионным анализом, который выявил статистически достоверные различия ЧСС, САД, УОС, МОК, СИ, ОПСС, ОЦК, лактата и шокового индекса в различные сроки лечения. В то же время, дисперсионный анализ не выявил в динамике статистически значимой разницы содержания эндотелина-1 и фактора Виллебранда. Это свидетельствовало о том, что дисфункция эндотелия сохранялась на протяжении всего периода наблюдения. Проведенный в конце первых суток корреляционный анализ позволил выявить у больных статистически значимые связи между УОС и эндотелином-1 ($r=-0,41$, $p<0,05$), УОС и лактатом ($r=-0,83$, $p<0,05$), ОЦК и эндотелином-1 ($r=-0,52$, $p<0,05$), ОЦК и фактором Виллебранда ($r=-0,36$, $p<0,05$), ОПСС и эндотелином-1 ($r=0,49$, $p<0,05$), ОПСС и фактором Виллебранда ($r=0,32$, $p<0,05$), лактатом и фактором Виллебранда ($r=0,46$, $p<0,05$), лактатом и эндотелином-1 ($r=0,53$, $p<0,05$), которые подтверждали взаимосвязь параметров эндотелиальной дисфункции с данными волемического и гемодинамического статуса и тканевой перфузии.



Заключение. Таким образом, у больных с травматическим шоком III степени тяжести на фоне нарушений системной гемодинамики и волемического статуса формируется эндотелиальная недостаточность, которая имеет тесную взаимосвязь с параметрами, отражающими работу сердечно-сосудистой системы и тканевой перфузии.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ОШГУ

Нурбек кызы А., Шатманов С.Т., Жаныш уулу А.
Ошский государственный университет

Актуальность темы. В последние десятилетия заболевания сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место среди причин смертей. А из них гипертоническая болезнь массивно распространена и со временем молодеет, предрасполагая людей к сосудистым заболеваниям мозга, почек и сердца. Есть множество факторов, которые приводят к гипертонической болезни или усугубляют её, с ними мы сталкиваемся ежедневно. Раньше эта болезнь выявлялась преимущественно у людей старшего и старческого возраста, но сейчас выявление и у молодого населения не отстаёт. В связи с этим, чем раньше мы выявим и купиреуем предпосылки к гипертонической болезни, тем ранее мы спасём молодых от этой болезни или отдалим максимально дебют заболевания.

Цель исследования. Выявить факторы риска гипертонической болезни у студентов медицинского факультета Ошского государственного университета и определить показатели данных АД.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 110 студентов разных курсов медицинского факультета ОшГУ, из которых 60% - женского пола, а 40% - мужского, возраст исследуемых составил от 17 до 27. Мы измерили АД у этих студентов и с помощью эмпирического метода сделали анонимное анкетирование для выявления факторов риска гипертонической болезни. Анкета состояла из следующих вопросов: «1. Ваш пол? 2. Есть ли в семье заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы (в частности, высокое АД)? 3. «Курите ли Вы? 4. Оцените свою физическую активность? 5. Ваш ИМТ(индекс массы тела)? 6. Было ли у Вас хоть раз значительное повышение АД?».

Результаты исследования. Гипертоническая болезнь или артериальная гипертензия в частности развивается постепенно и большинство людей могут не знать, что у них прогрессирует эта болезнь или, что входят в группу риска. В результате измерения АД у студентов выявили, что у 15% - было 140/90-125/85, у 78% - 124/84 – 110/70, а у остальных – ниже 110/70. Существует зависимость отягощенного семейного анамнеза с ранним началом заболевания, так у 30,9% исследуемых в семье есть заболевания со стороны ССС.



Из анкетированных 13,6% являются курящими, что губительно действует на организм, вызывая риск смерти от инсульта или инфаркта. Индекс массы тела у студентов варьирует: у большинства соответствует нормам, у 22,7% недостаточная масса тела, у 13,6% - избыточная масса тела, у 8,2% – ожирение первой степени, у 2,7 – ожирение второй степени, а у 1,8% - ожирение третьей степени. Немаловажную роль играет физическая активность, которую можно регулировать по желанию самого человека, так у 49,1% - интенсивная физическая активность, у 44,5% - умеренная, а 6,4% оценили свою физическую активность как низкую. Также было выявлено, что у 14,5% исследуемых студентов уже было значительное повышение АД.

Выводы. Таким образом, 30,9% студентов имеют немодифицируемый фактор риска. А у 13,6% в связи с курением повышен риск заболевания, что подтверждается тем, что смертельный исход у курящих наступает из-за патологии ССС. Ожирение различной степени наблюдается у 12,7% студентов, что повышает риск гипертонической болезни на 17%. Систематическая физическая активность уменьшает опасность развития гипертонии и коронарной болезни как у здоровых, так и у людей из группы риска в любом возрасте, так 93,6% студентов имеют достаточную физическую активность, а 6,4% должны повысить суточную физическую активность. К сожалению, у целых 14,5% студентов уже наблюдались признаки гипертонической болезни и отмечаются временами значительное повышение АД.

Учитывая тот факт, что к развитию гипертонической болезни приводят ряд контролируемых и неконтролируемых факторов, у любого человека имеется хотя бы один фактор риска, а в случае наличия нескольких факторов риска вероятность развития и раннего начала заболевания увеличивается. Из предложенных нами шести факторов у 31% исследуемых имеется один фактор риска, у 31,8% - два фактора риска, у 10,9% - три предрасполагающих фактора, а у 1% - целых четыре фактора риска, приводящих к гипертонической болезни.

ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Нуриддинов А.Т., Рахмонов Б.Ж., Касымов А.Л., Пакирдинов А.С.
Андижанского государственного медицинского института

Актуальность: В основе эффективности различных методов оперативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки лежат отдалённые **Результаты**, основным критерием, которого безусловно является восстановление адекватного анатомо-физиологического статуса желудочно-кишечного тракта, качество жизни и трудоспособности больного.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель: Колоссальный коллективный, а часто и индивидуальный опыт, накопленный к настоящему времени в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, позволили убедительно сформулировать ряд постулатов, которые единодушно приняты большинством клиницистов. Прежде всего они касаются обоснованного стремления к выполнению органосохраняющих операций или резецирующих вмешательств при язвенной болезни.

Материал и методы: С этих позиций мы провели ретроспективный анализ данных обследования до и после оперативного лечения 325 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Нами проведена количественная оценка чувствительности (Ч) и прогностической ценности (ПЦ) каждого из отобранных показателей по методике AR. Feinstein (1975). Чувствительность – частота встречаемости данного признака при неудовлетворительном результате оперативного лечения определялась как отношение числа больных с данным признаком и неудовлетворительным результатом. Прогностическая ценность – вероятность неудовлетворительного результата в случае, когда имелся данный прогностический признак, определялась как отношение количества больных с неудовлетворительным результатом и данным признаком к общему числу пациентов, у которых он был обнаружен. Числовые значения чувствительности и прогностической ценности для каждого показателя изменялись от 0 (отсутствие влияния данного признака на прогноз заболевания) до 1 (100% вероятности неудовлетворительного результата при наличии данного признака). Статистически значимыми принято считать уровни чувствительности и прогностической ценности, превышающие 0,40.

Результаты исследований: В результате проведенных нами исследований в дооперационном периоде у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки по количественной оценке чувствительности и прогностической ценности выявлены следующие изменения: если уровень базальной свободной соляной кислоты свыше 8,0 титр. ед., то при этом Ч был равен - 0,58; в то время как ПЦ – 0,56; после стимуляции свободная соляная кислота достигало до - 15,0 титр. ед. и при этом (Ч – 0,56; ПЦ – 0,60). При содержании пепсина свыше 450ед/мл (Ч – 0,57; ПЦ – 0,50), при наличии дуоденогастрального рефлюкса (Ч – 0,54; ПЦ – 0,58), при замедлении эвакуации из желудка (Ч – 0,45; ПЦ – 0,47), при высокой обсемененности НР (Ч – 0,50; ПЦ – 0,55), содержания гастрина в дооперационном периоде составил свыше 100ng/ml и при этом (Ч – 0,52; ПЦ – 0,49), при уровне трипсина свыше 330ng/ml (Ч – 0,48; ПЦ – 0,44). При оценке вегетативного статуса у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до операции Ч был равен - 0,55, в то время как ПЦ – 0,57. Полученные данные в дооперационном периоде у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки по количественной оценке Ч и ПЦ свидетельствовали о том, что при таких показателях повышался риск неудовлетворительных результатов в послеоперационном периоде.

Мы в своих исследованиях убедились, что весьма ценными и важными является изучение чувствительности и прогностической ценности в отдаленном



послеоперационном периоде, так как происходящие изменения в этих показателях тесно были связаны и взаимообусловлены со временем прошедшем после операции. При исследовании у 85 больных с неблагоприятными исходами как органосохраняющих, так и резецирующих способов лечения содержание базальной свободной соляной кислоты у оперированных больных, через год был равен при Ч – 0,59; ПЦ – 0,60; а через 5 лет, при Ч – 0,62; ПЦ – 0,65, в то время как стимулированная – через год - (Ч – 0,59; ПЦ – 0,57). При содержании пепсина свыше 450ед/мл через год: (Ч – 0,68; ПЦ – 0,65), а через 5 лет (Ч – 0,70; ПЦ – 0,68). При наличии дуоденогастрального рефлюкса через год: Ч – 0,62; ПЦ – 0,60, а через 5 лет (Ч – 0,64; ПЦ – 0,69), при замедлении эвакуации из желудка через год (Ч – 0,58; ПЦ – 0,60), через 5 лет (Ч – 0,60; ПЦ – 0,59). При высокой обсемененности НР через год (Ч – 0,68; ПЦ – 0,62); через 5 лет (Ч – 0,68; ПЦ - 0,62). При уровне гастрина свыше 100ng/ml, через год: (Ч – 0,60; ПЦ – 0,74), через 5 лет (Ч – 0,60; ПЦ – 0,70); если уровень трипсина составляет свыше 350ng/ml, через год, то Ч был равен - 0,60, а ПЦ – 0,58; через 5 лет (Ч – 0,60; ПЦ – 0,65).

Эти изменения нами были выявлены у 52 больных с незажившими язвами после различных видов ваготомии в сроки 1-5 лет, у 21 больного с пептическими язвами развившиеся после ваготомии в эти же сроки. Еще у 2 пептической язвой анастомоза после резекции желудка и у 10 с рецидивными язвами после ваготомии. У всех 85 оперированных больных с неудовлетворительными результатами оперативного лечения показатели чувствительности и прогностической ценности практически не отличались с исходными дооперационными данными. Эти данные указывают на то, что наблюдаемые изменения могут служить как методом прогнозирования оперативных вмешательств проводимых при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Выводы: Проведенный многофакторный анализ по количественной оценке чувствительности и прогностической ценности у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до и послеоперационном периоде позволяют нам прогнозировать эффективность того или иного метода оперативного вмешательства.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

**Нуритдинова Г.Т., Инакова Г.Т., Арзибекова У.А.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Железодефицитная анемия (ЖДА) широко распространенное состояние, регистрируемое у 20% населения планеты, характеризуется разнообразием клинической картины и особенностями лабораторных показателей. Поэтому внимательное изучение их даёт возможность врачам своевременно установить диагноз и успешно проводить лечение ЖДА.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Целью данной работы явилась оценка симптомов ЖДА, частоты проявлений и особенностей их клиники у детей школьного возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 169 школьников с ЖДА в возрасте от 7 до 14 лет. Возраст обследованных был: от 7 – 10 лет - 88, 11 - 14 лет - 81 школьников.

Диагноз ЖДА устанавливали на основании уровня гемоглобина, количества эритроцита, уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови /ОЖЖС/, коэффициента насыщения трансферрина железом /КНТ/, латентной железосвязывающей способности сыворотки крови /ЛЖЖС/.

При оценке тяжести ЖДА пользовались рекомендациями ВОЗ: больных с легкой степенью анемии - 130 детей (76,9%), со средней тяжестью - 39 школьников (23,0%). Следует отметить, что из обследованных детей преобладают дети в возрасте 7-10 лет.

Результаты исследования и

жалобы детей характеризовались свойственными для железодефицитной анемии и дефицита железа симптомами, которые отличались многообразием. Среди жалоб наиболее часто родители отмечали бледность кожных покровов – 156 детей (92,3%), снижение памяти – у 86 (50,8%), невнимательность - 42 (24,8), извращение вкуса – у 8 (4,7%), снижение успеваемости у 27 школьников (15,9%). При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек выявлена почти у всех обследованных, а также у многих больных отмечается эпителиальный синдром в виде сухости кожи – 93 (55,0%). У некоторых больных выявлена гиперпигментация кожных покровов, чаще всего на лице, шее (16 – 8,2%). Изменения слизистой ротовой полости в виде атрофии сосочков языка - “лакированный язык” наблюдался у 36 (21,3%) детей, так называемые “заеды” в углах рта - ангулярный стоматит у 13 (7,67%).

Выводы.

Клинические признаки и жалобы детей характеризовались свойственными для железодефицитной анемии и дефицита железа симптомами, которые отличались многообразием. Среди жалоб наиболее часто родители отмечали бледность кожных покровов – 156 детей (92,3%), снижение памяти – у 86 (50,8%), невнимательность - 42 (24,8), извращение вкуса – у 8 (4,7%), снижение успеваемости у 27 школьников (15,9%). При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек выявлена почти у всех обследованных, а также у многих больных отмечается эпителиальный синдром в виде сухости кожи – 93 (55,0%). У некоторых больных выявлена гиперпигментация кожных покровов, чаще всего на лице, шее (16 – 8,2%). Изменения слизистой ротовой полости в виде атрофии сосочков языка - “лакированный язык” наблюдался у 36 (21,3%) детей, так называемые “заеды” в углах рта - ангулярный стоматит у 13 (7,67%).

Выявлены также отклонения функции внутренних органов и систем: сердечно-сосудистой системы - систолический шум, тахикардия, незначительное расширение границ сердца – у 8 школьников (4,7%). У 4 детей (2,4%) была выявлена гепатоспленомегалия.

Одним из признаков дефицита железа у детей школьного возраста, при среднетяжелых формах, явилось отставание в показателях физического развития (вес, рост) - 102 (60,3%). Важным обстоятельством, приводящим к дефициту железа у школьников, явились погрешности в режиме питания в виде сухоядения, преобладания в рационе молочно-растительной пищи, дети мало получали мясных продуктов, овощей, фруктов.

Характерными были показатели лабораторных исследований: низкий уровень гемоглобина, уменьшение содержания его в отдельном эритроците, понижение гематокритной величины, цветового показателя, уменьшение общего числа эритроцитов, сидеропения, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови и значительное уменьшение коэффициента насыщения трансферрина.

Таким образом, ЖДА у детей школьного возраста с высокой частотой наблюдается у школьников 7 - 10 лет, а причинами ее развития являются нерациональное питание. В



клинической картине преобладает кожно-эпителиальный синдром, изменения в органах пищеварения, нервной и сердечно-сосудистой системах.

ИЗУЧЕНИЕ В ДИНАМИКЕ ДЕТЕЙ С ПОНИЖЕННЫМИ БЕЗУСЛОВНЫМИ РЕФЛЕКСАМИ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ.

Нуриддинова Г.Т., Инакова Б.Б., Джураева Х.З.

Андижанский Государственный медицинский институт

По данным литературы, задержка нервно-психического развития (НПР) часто выявляется у недоношенных детей, и её связывают с незрелостью нервной системы у последних. Однако степень зрелости нервной системы не всегда соответствует степени доношенности. В связи с этим у недоношенных необходимо провести тщательное клиническо-неврологическое обследование в динамике, по сравнению с доношенными детьми.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь задержки НПР доношенных и недоношенных новорожденных в динамике первых шести месяцев жизни.

Материал и методы исследования. Прослежено НПР 40 доношенных (срок гестации 38-40 недель) и 20 недоношенных детей (срок гестации 32-37 недель) в динамике первых шести месяцев жизни. НПР оценено по шкале Журбы Л.Т. и Мостюковой Е.М.[5]. Проведено клиническо-функциональное исследование: неврологические (чувствительность, мышечный тонус, безусловные и сухожильные рефлексы), УЗИ исследование головного мозга (Pilips. - 480).

Учитывая то, что выявление рефлексов новорожденных могут существенно помочь в топической диагностике поражений нервной системы, мы изучали вызываемость и сохраненность этих рефлексов у обследуемых детей в динамике.

Результаты исследования. Нами показано, что симптомы неврологической очаговой симптоматики чаще встречаются у недоношенных (50%), чем у доношенных детей (20%) в период новорожденности. Признаки церебральной патологии в первые дни жизни были обнаружены у 35% недоношенных и у 15% доношенных. Признаки натального повреждения спинного мозга выявлены у 25% недоношенных и у 5% доношенных ($P < 0,01$). Динамическое наблюдение детей в первые 3-6 месяцев жизни с задержкой НПР и их сопоставление с данными УЗИ исследования показало, что задержка НПР более стойко сохраняется у детей, родившихся недоношенными (30,0%), чем доношенными (7,5%, $P < 0,01$).

У всех новорожденных контрольной группы поисковый, хоботковый и сосательный рефлексы вызывались безукоризненно, и у всех они сохранились до 3-х месяцев. Однако, у 4 детей с неврологической очаговой симптоматикой эти рефлексы остались сохраненными до 4-5 месяцев, что расценивается как признак церебральной патологии.



Основными клиническими симптомами пациентов с повреждениями шейной отдела спинного мозга являлись верхние вялые парезы или монопарез, в сочетании с пирамидными нарушениями в ногах. Так, поисковый, хоботковой и сосательные рефлексы практически у всех пациентов этой клинической группы были сохранены, несмотря на выраженность неврологической симптоматики, поскольку она была спинальной. У всех новорожденных этой группы рефлекс Бабкина либо отсутствовал, либо был снижен. У всех новорожденных этой группы хватательный рефлекс был грубо снижен, либо отсутствовал, причем у многих была явная асимметрия рефлекса. К 7 дню жизни тенденция к восстановлению хватательного рефлекса была очевидной, но полностью рефлекс не восстановился не у одного ребенка.

Таким образом, у недоношенных детей, чем у доношенных, в раннем неонатальном периоде часто отмечаются выраженность безусловных рефлексов, и это определяет поздний неврологический статус. У недоношенных детей также отмечаются стойкие изменения параметров УЗИ (нейросонография) головного мозга, которые сильно коррелируют с поражениями головного и спинного мозга новорожденных в неонатальном периоде. Недоношенные дети с клинико-инструментальными признаками поражения головного и спинного мозга составляют группу риска по отставанию нервно-психического развития в раннем детстве.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ

Нурматов С.Ю., Расулова М.М., Рашидова Ш.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) является одним из наиболее распространенных урологических заболеваний.

Внедрение в клиническую практику метода дистанционной, или экстракорпоральной нефро- и уретеролитотрипсии позволило значительно уменьшить число оперативных вмешательств по поводу конкрементов почек и мочеточников, однако по-прежнему высока их частота в связи с развитием осложнений, таких, как острый обтурационный и апостематозный пиелонефрит, паранефрит, а также, острая почечная недостаточность.

При этом зачастую возникают показания к выполнению неотложных оперативных вмешательств, требующих высокой оперативной техники хирурга-уролога в условиях наступивших осложнений.

Цель исследования. Повышение эффективности УЗИ диагностики мочекаменной болезни на основе применения алгоритмов комплексного лучевого обследования.

Методы исследования. Под нашим наблюдением находились 50 пациентов, перенесших различные виды оперативного лечения мочекаменной болезни: дистанционную



литотрипсию, чрескожную нефролитотрипсию, контактную уретролитотрипсию и традиционные операции.

Результаты исследования. Эффективность УЗИ в выявлении конкрементов зависит от их локализации. При расположении камня в нижней трети мочеточника точность метода составляет 97,5%, чувствительность - 97,8%, специфичность - 87,5%. При расположении камня в средней трети мочеточника точность метода равна 84,4%, чувствительность - 80,0%, специфичность - 83,3%. При расположении камня в верхней трети мочеточника точность метода равна 91,8%, чувствительность — 92,9%, специфичность — 85,7%.

Наличие отека стенки мочеточника и периуретерального отека определяют тактику ведения больного — назначение превентивной противовоспалительной терапии до проведения хирургических манипуляций.

Для УЗ-диагностики при локализации камня в нижней трети мочеточника пиелозктазия, гидронефротическая трансформация, отек почечной паренхимы имеют меньшее значение, но их диагностическая значимость увеличивается при локализации камней в верхнем и среднем отделах мочеточника.

УЗИ мочеточников должно проводиться на основе комплексного применения трансабдоминального, интракорпорального методов и определения мочеточниковых выбросов. Для лучшей визуализации мочеточника необходимо обеспечивать максимальную компрессию исследуемой области.

УЗИ превосходит обзорную рентгенографию в диагностике уретеролитиаза. Между показателями точности, чувствительности и специфичности методов при уретеро-литиазе любой локализации имеется статистически значимое различие в пользу УЗИ, поэтому данный метод должен являться обязательным при уретеролитиазе и применяться на начальном этапе обследования больного.

Вывод. Проведение динамического ультразвукового контроля больным, перенесшим оперативное лечение по поводу мочекаменной болезни, по праву является одним из основных и чрезвычайно ценных методов наблюдения.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЛИЦА

О.С. Файзиходжаев, Н.Х. Эшбадалов
Кафедра хирургической стоматологии -АГМИ
Кафедра хирургической стоматологии -ТГСИ

Актуальность : Фурункулы и карбункулы лица чаще наблюдается у лиц молодого возраста. По данным С.М. Курбангалеева и соавт.,(1997), 65,4% больных были в



возрасте 12-40 лет. Фурункул чаще (64.2%), чем карбункулы (15,1 %) локализовались на лице.

Материалы и методы : За 7 лет (2015-2022) на стационарном лечении в Андижанского областного многопрофильного больницы кафедры хирургической стоматологии АГМИ и кафедра хирургической стоматологии –ТГСИ .Кафедра-хирургической стоматологии -ТГСИ, по поводу фурункулов и карбункулов лица находились 258 (162 мужчины и 96 женщин) больных в возрасте 15-73 лет, что составляет 3,59% к общему числу госпитализированных , из них у 197 (76,35 %)-фурункулы , у 61 (23,65 %)-карбункулы . Наибольшее число больных были в возрасте 15-30 лет. Сроки обращения больных от начала заболевания: через 2 сут-42,через 3 сут-77,через 4 сут-49,через 5 сут-35,через 6 сут-16,через 7 сут-26 и более 8 сут-13. При этом у 29 больных имелись различные сопутствующие заболевания.

Первичный очаг в верхней зоне локализовался у 29, в средней –у 175, в нижней- у 54 больных. Осложненное течение фурункулов и карбункулов лица мы наблюдали у 41 (15,89%) больного. Первое место среди этих осложнений занимает тромбофлебит лицевых вен (30 больных). Продолжительность пребывания с фурункулами составляла 7,1 койка дня, при осложненном течении – 17,9.

Вывод : Своевременное применение антибактериальной терапии в больших дозах, инфузионной, симпатической , иммунотерапии и местной оксигенотерапия с парами этилового спирта , антибиотикосодержащие волокнистый сорбент в виде дренажей, а также операции по показаниям предотвращают тяжелые осложнения, приводят к быстрому улучшению состояния больных и выздоровлению.

ОСНОВНЫЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОЛОКНИСТОГО ПОЛОИПРОПИЛЕНОВОГО СОРБЕНТА И ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЧЕЛЮСТНО_ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Н. Х Эшбадалов, О. С. Файзиходжаев
Кафедра хирургической стоматологии- ТГСИ
Кафедра хирургической стоматологии- АГМИ

Актуальность: Среди заболеваний челюстно- лицевой области острые гнойно-воспалительные процессы составляют от 40% до 60 %, а фурункулы и карбункулы составляют от 5 до 15% .

Фурункулы и карбункулы являются острыми гнойно-некротическими воспалительными заболеваниями и среди гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области [ЧЛО] занимают до 27 %. Фурункулы у 64,2% карбункулы у 15,1% больных локализируются на лице .



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Несмотря на успехи в области их лечения, фурункулы и карбункулы в большинстве случаев на лице протекают тяжело, прогнозы часто бывают сомнительными, нередко наблюдается летальность от внутричерепных осложнений в виде сепсиса [1,4,6]. .

Ранее на кафедре хирургической стоматологии был разработан и внедрен в практику метод оксигенации с парами спирта при лечении аэробных флегмон челюстно-лицевой области.

Следует отметить, что в последнее время чаще стали встречаться тяжелые формы фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области. Наши бактериальные исследования показали, что при тяжелых формах фурункулов и карбункулов нередко в ране обнаруживаются анаэробные микробы в ассоциации с аэробами.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности волокнистого полипропиленового сорбента [ВПС] и оксигенации при комплексном лечении больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО.

Материалы и методы обследования. Под нашим наблюдением находилось 58 больных с фурункулами карбункулами ЧЛО, поступившие на стационарное лечение на 2-5 сутки заболевания. Причем больные с абсцедирующими формами фурункулов поступили на 4-5 день от начала заболевания. Из 58 больных у 8 были карбункулы ЧЛО. Среди всего контингента больных было 27 женщин и 31 мужчин, в возрасте от 16 до 45 лет. Развитию фурункулов и карбункулов в основном, послужило выдавливание мелких гнойничков-«прыщей».

У 25 больных фурункулы и карбункулы локализовались в подглазничной и щечной областях, 18- в области верхних и нижних губ, у 9-в области виска и лба, у 6-в области подбородка и шеи.

Результаты и их обсуждения.

Анализ полученных данных микробиологических тестов установил, что в 77,3% случаев из воспалительного экссудата высевались ассоциации микрофлоры, представленные как аэробными [наиболее часто стрептококками и стафилококками], так и анаэробными микроорганизмами [преимущественно превотеллами, вейлонеллами и бактероидами]. В 13,6% случаев выделялись только аэробные микроорганизмы [стрептококки, стафилококки и энтерококки]. В остальных 9,1% случаев - только анаэробная флора. Удельный вес дрожжеподобных грибов рода *Candida* не превышал 4,4% от общего количества исследований. При оценке уровня суммарной бактериальной обсемененности раневого отделяемого отсутствие признаков микробного роста или значительное снижение концентрации микроорганизмов ниже 10^4 КОЕ/мл в ране при повторном обследовании на 7-е сутки определялось только у 22% больных контрольной группы, в 76% случаев - у первой группы и в 65% - во второй.

Выводы: Местное лечение фурункулов и карбункулов должно способствовать ограничению и быстрому разрешению воспалительного процесса, отторжению некротического стержня с последующим рубцеванием раны



Таким образом, применение ВПС и оксигенации в комплексном лечении больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО является патогенетически обоснованным и позволяет значительно сократить сроки и лечения, повышение его эффективности и уменьшение риска развития осложнений в виде тромбофлебита и лицевых вен и др.

Оксигенация парами спирта при фурункулах и карбункулах челюстно-лицевой области не только ускоряет процесс очищения раны, но и стимулируют повышение гемодинамики.

ПРИНЦИПЫ И ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

**Файзиходжаев О.С., Эшбадалов Х.Ю., Насретдинов З.Т.
Андижанский государственный медицинский институт**

В вопросах медицинского обслуживания детей существенное значение имеет изучение заболеваемости госпитализированных.

Рассматриваемые ниже материалы представляют анализ результатов специальной разработки данных стоматологических больных детей, собранных нами из отделений детской хирургической стоматологии ТГСИ и челюстно-лицевой хирургии Областного Многопрофильного Детского центра города Андижан, выполненных в период 2016-2018 гг.

Уровень госпитализации детей в возрасте до 18 лет с заболеваниями челюстно-лицевой области составляет «на 100 тысяч» детского населения в среднем по области 40,4%. В возрасте до 1 года он был максимальным (55,1%).

Наиболее частыми причинами госпитализации (у 73,4% больных детей) были воспалительные заболевания мягких тканей (в основном флегмоны и абсцессы), врожденные пороки развития челюстно-лицевой области, остеомиелиты челюстей, анкилозы височно-челюстных суставов и новообразования. Мальчики чаще госпитализировались со стоматологическими заболеваниями, чем девочки (в 1,3 раза). Причем у мальчиков всех возрастов преобладали заболевания, требующие экстренной хирургической помощи.

Наиболее часто подвергались различным хирургическим вмешательствам больные дети с новообразованиями (79%), это объясняется необходимостью радикального лечения данной патологии; с врожденными пороками развития (84%); третье место занимают больные дети, нуждающиеся в устранении рубцовых изменений (49%), четвертое – больные дети с одонтогенными и неодонтогенными воспалительными заболеваниями (90%) случаев. V Международный конгресс стоматологов

Оперативные вмешательства, проведенные при данных нозологиях, определяют объем оказания основной работы хирургических стоматологических стационаров и поэтому требуют к себе особого внимания.



Для разных возрастных групп характерны различные оперативные вмешательства. В раннем возрасте (до 1 года) почти половину всех оперативных вмешательств составляли: хейлопластика (39%) случаев. На втором и третьем году жизни тенденция оперативных вмешательств (хейлопластика) значительно уменьшалась и составила (30%) случаев. На 4-5-м году жизни основным оперативным вмешательством составило периостотомия и вскрытие абсцессов и флегмон (42%), удаление доброкачественных опухолей (7%) и хейлопластика (2%) случаев. В возрастной группе дошкольников (5-6 лет) среди операций наряду с периостотомией и вскрытием абсцессов и флегмон, удалением причинных зубов и корней, значительно увеличивается удельный вес уранопластики (17%) случаев. У школьников 7-12 лет, так же как и в предыдущей возрастной группе, - ведущее место занимало периостотомия и вскрытие флегмон и абсцессов (29,5%), однако значительным был и удельный вес удалений доброкачественных опухолей (5,0%), уранопластики (2%) и хейлопластики (1%) случаев. Однако по статистике в возрастной группе 13-18 лет наблюдалось увеличение оперативных вмешательств и удельный вес составлял по поводу периостотомии, вскрытия флегмон и абсцессов (22%) и удаления зубов и корней (21%), больных детей оперированных по поводу доброкачественных опухолей (19%), врожденных расщелин неба (3%) случаев.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЛИЦА

Файзиходжаев О.С., Эшбадалов Н.Х.

Андижанский государственный медицинский институт,
Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Фурункулы и карбункулы лица чаще наблюдается у лиц молодого возраста. По данным С.М. Курбангалеева и соавт., (1997), 65,4% больных были в возрасте 12-40 лет. Фурункул чаще (64.2%), чем карбункулы (15,1%) локализовались на лице.

Материалы и методы. За 7 лет (2015-2022) на стационарном лечении в Андижанского областного многопрофильного больницы кафедры хирургической стоматологии АГМИ и кафедра хирургической стоматологии –ТГСИ. Кафедра хирургической стоматологии ТГСИ, по поводу фурункулов и карбункулов лица находились 258 (162 мужчины и 96 женщин) больных в возрасте 15-73 лет, что составляет 3,59% к общему числу госпитализированных, из них у 197 (76,35%) - фурункулы, у 61 (23,65%) - карбункулы. Наибольшее число больных были в возрасте 15-30 лет. Сроки обращения больных от начала заболевания: через 2 сут - 42, через 3 сут - 77, через 4 сут - 49, через 5 сут - 35, через 6 сут - 16, через 7 сут - 26 и более 8 сут - 13. При этом у 29 больных имелись различные сопутствующие заболевания. V Международный конгресс стоматологов

692

Первичный очаг в верхней зоне локализовался у 29, в средней – у 175, в нижней – у 54 больных. Осложненное течение фурункулов и карбункулов лица мы наблюдали у 41 (15,89%) больного. Первое место среди этих осложнений занимает тромбофлебит лицевых вен (30 больных). Продолжительность пребывания с фурункулами составляла 7,1 койка дня, при осложненном течении – 17,9.

Вывод. Своевременное применение антибактериальной терапии в больших дозах, инфузионной, симпатической, иммунотерапии и местной оксигенотерапии с парами этилового спирта, антибиотикосодержащие волокнистый сорбент в виде дренажей, а также операции по показаниям предотвращают тяжелые осложнения, приводят к быстрому улучшению состояния больных и выздоровлению.

АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ И СВЯЗЬ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

О.Я.Бустанов

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Рецидивирующие инсульты приводят к развитию мультиинфарктной деменции. Именно склонность к инсультам (артериальным) выделяет и дифференцирует АФС от других менее опасных гиперкоагуляционных синдромов, таких как мутация фактора V Лейдена.

В связи этим перед нами была поставлена

Цель – рассмотреть наиболее частые неврологические нарушения при АФС на фоне ревматологических заболеваний и пути их коррекции.

Материал и методы исследования: В настоящей работе представлены **Результаты** обследования 256 больных различными формами ревматических заболеваний (n=256): системной красной волчанкой (СКВ) - 35 человек, системной склеродермией (ССД) - 13 человек, системным васкулитом (СВ) - 1 человек, ревматоидным артритом (РА) - 205 человек, синдромом Рейно (СР) - 1 человек, ревматической болезнью сердца (РБс)- 1 человек. Всем больным были проведены исследования: УЗДГ магистральных сосудов, МРТ головного мозга и иммунологические исследования для определения наличия антифосфолипидного синдрома.

Результаты и обсуждение: Проведенные исследования показали, что все больные с ревматологическими заболеваниями и проявлениями АФС отмечали наличие различных неврологических нарушений от субъективных в виде цефалгического и астенического синдромов (74,2% и 31,4% соответственно) до органических поражений – признаков хронической ишемии мозга с когнитивными изменениями (43,5%). Причем



неврологические проявления коррелируют с длительностью и течением ревматологического процесса. Иммунологические исследования выявили достоверные изменения в группе больных АФС. Полученные **Результаты** демонстрируют картину динамических изменений в концентрации аутоантител в связи с развитием системных заболеваний соединительной ткани. Длительность заболевания у большинства пациентов привело к стабилизации уровней аутоантител класса IgG в границах референсных значений (кроме больных системной красной волчанкой), тогда как прогрессирование патологических процессов индуцирует синтез более значительного количества аутоантител IgM класса, что показывают значительно возросшие концентрации этих антител к кардиолипину.

Вывод: Таким образом, при ревматологических заболеваниях развитие неврологических нарушений, чаще выявляется у больных с проявлениями АФС. В частности неврологические нарушения представлены астеническим, вертебральным синдромами и цереброваскулярной патологией, а именно симптомами дисциркуляторной энцефалопатии I и II стадии.

Резюмируя можно сказать, что увеличение длительности РЗ характеризовалось нарастанием неврологических нарушений: отмечалось прогрессивное нарастание признаков дисциркуляторной энцефалопатии в виде усиления мнестических расстройств, головокружения, головной боли, нарушения сна. В первые годы болезни (2-5 лет от клинической манифестации) и её отдаленные сроки (более 10 лет) чаще развивались ПНМК и инсульты. Снижение с течением времени частоты НПНМК указывает на уменьшение легких форм цереброваскулярной патологии, что косвенно свидетельствует о прогрессировании последней.

ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Одилжонов Ж.Д.

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

Андижанский государственный медицинский институт

Эффективное лечение пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта невозможно без учета потенциального влияния герпес-вирусного фактора и его соответствующей коррекции, поскольку герпесвирусные инфекции (ГВИ) являются широко распространенными вирусными инфекциями человека.

Цель исследования – поиск путей оптимизации диагностики и лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, инфицированных вирусом герпеса.

Материал и методы Под наблюдением находились 75 больных хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) в возрасте от 22 до 55 лет, из них 84 женщины и 71 мужчина.

Результаты и обсуждение. У 32 (42,67%) пациентов с ХГП



методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) выявили вирусную ДНК в ротовой жидкости. Положительный результат на ВПГ 1- и 2-го типов методом ПЦР выявлен у 4 (10,67%) пациентов с клиническими проявлениями герпетической инфекции на красной кайме губы (herpes labialis), а наличие бессимптомной герпес-вирусной инфекции в полости рта выявлено еще у 4 пациентов. Реакция на вирусы Эпштейна–Барра (ВЭБ) была положительной у 4 (5,34%) пациентов с ХГП тяжелой степени, реакция на ЦМВ – у 20 (26,67%) пациентов. Таким образом, у обследованных больных в полости рта наиболее часто отмечалась репродукция ЦМВ. Определение содержания противовирусных антител класса IgG («анамнестические антитела») к ВПГ 1- и 2-го типов, ВЭБ и ЦМВ в ротовой жидкости показало, что у 66 (87,9%) обследованных пациентов, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом различной степени тяжести, выявлялись специфические IgG к ВПГ 1- и 2-го типов, отражающие процессы персистенции ВПГ в организме без его активной репродукции в ротовой жидкости. Антитела класса IgG к ВЭБ определялись у 10 (13,33%), а IgG к ЦМВ – у 45 (60%) пациентов. По данным нашего исследования можно полагать, что повышенный уровень IgG к ВПГ 1- и 2-го типов, ВЭБ и ЦМВ без проявления инфекции является анамнестическим и отражает процессы персистенции вируса в организме без его активной репродукции в ротовой жидкости. По данным ПЦР герпесвирусная инфекция у пациентов с ХГП выявлена у 6 (8,0%) легкой степени, у 12 (16,0%) средней степени и у 14 (18,67%) пациентов тяжелой степени тяжести.

Вывод. После применения разработанной нами терапии пиобактериофагом, интерфероном и витамином Е отмечен более значимый эффект в лечении пациентов с легкой и средней степенями тяжести ХГП, ассоциированным с герпес-вирусной инфекцией.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО ПРИ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Одилжонов Ж.Д

**Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
Андижанский государственный медицинский институт**

Катализаторами в настоящее время известно большое количество веществ свободных радикалов (СР), обладающих свойствами, играющими роль в метаболических процессах. Свободные радикалы — разнообразные вещества в природе, характеризующиеся одним общим признаком — наличием у атомов воды неспаренного электрона.

Цель: оценить клиническую эффективность лечения флюонолом при кандидозно-ассоциированных заболеваниях пародонта у больных сахарным диабетом.



Материалы и методы. Пациенты с генерализованным пародонтитом, ассоциированным с *Candida spp.* Они были разделены на 2 группы: 1-я группа (контрольная) -14 больных получали общепринятое лечение; 2-я группа (основная) 15 больных получали стандартную терапию в дополнение к новому противогрибковому препарату ФЛУНОЛ (фирма NOBEL, Турция) в дозе 50 мг. 1 раз в 14 дней.

Результаты и обсуждение: При клиническом осмотре полости рта у больных установлено наличие белого налета на слизистой оболочке десен и языка — небных дужках и щеках. У части больных кандидозным пародонтитом выявлена инфильтрация отдельных участков десневого края в виде плотного на ощупь валика. У пациентов диагностирована преимущественно более высокая микробная концентрация *Candida spp.* Таким образом, для лечения *Candida spp.* зарегистрированы в титрах менее 6,0 КОЕ/мл у 46,67–50,0 % больных, а более 6,0 КОЕ/мл — у 50,0–53,33 % (межгрупповых различий в лечении не выявлено). Таким образом, клиническая эффективность лечения кандидозного хронического пародонтита была выше у больных, получавших лечение на фоне базисного противогрибкового препарата ФЛУНОЛ. Клиническое улучшение состояния тканей пародонта, по-видимому, опосредовано как эрадикацией грибковой микрофлоры, так и комплексной терапией пародонтита. Эрадикация *Candida spp.* достигнута у всех больных II основной группы, у больных контрольной группы 1 эрадикация *Candida spp.* была не столь выражена: после лечения 4 (12,07 %) титра оставался на уровне более 6,0 КОЕ/мл. Клинические и микробиологические наблюдения свидетельствуют о более эффективной эрадикации грибов *Candida spp.* при включении в схему лечения противогрибкового препарата ФЛУНОЛ.

Вывод. Применение антимикотика ФЛУНОЛ в дозе 50 мг 1 раз в 14 дней повышает эффективность лечения генерализованного пародонтита, ассоциированного с *Candida spp.*, значительно улучшает клинико-функциональное и структурное состояние пародонта.

СПИНАЛЬНО-ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Озодбеков Ю.Ш

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Введение. Для анестезиологического обеспечения эндопротезирования тазобедренного сустава используется широкий диапазон различных методов анестезии, включающий как многокомпонентную общую анестезию (МОА), так и регионарную анестезию. Поиск новых путей оптимизации анестезиологического обеспечения эндо-



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



протезирования тазобедренного сустава способствовал реализации идеи сочетанного использования спинальной и паравертебральной анестезии.

Цель исследования. Оценка спинально-паравертебральной анестезии у пациентов при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава.

Материал и методы исследования. После одобрения Этическим комитетом РНИИТО имени Р.Р. Вредена обследовано 67 пациентов в возрасте 20-78 лет, разделенных на две сопоставимые по своим характеристикам группы: в первой группе (n=33) использовалась комбинированная спинально-паравертебральная анестезия (КСПА), во второй (n=34) – комбинированная спинально-эпидуральная анестезия (КСЭА). Оценивали характеристики сенсомоторного блока, гемодинамические изменения, состоянии симпатoadренальной системы (кортизол, глюкоза), длительность безболевого периода, удовлетворенность анестезией больными и хирургами.

Полученные Результаты. Длительность выполнения КСПА составляла $12,4 \pm 1,3$ мин, КСЭА – $7,6 \pm 1,4$ мин ($p < 0,01$), при этом в среднем количество попыток пункций при КСПА составляло $1,4 \pm 0,5$, при КСЭА – $1,2 \pm 0,7$. Средний расход пропофола во время операции составлял в первой группе $54,5 \pm 5$ мг, во второй – $56,4 \pm 4$ мг ($p > 0,05$). Количество пациентов, которым в интраоперационном периоде требовалось дополнительная седация пропофолом между группами не отличалось: в первой группе – у 11 из 33, во второй – у 9 из 34 ($p > 0,05$). Как правило необходимость в дополнительной седации возникала на этапе подгонки протеза к кости. У всех пациентов во время операции и в послеоперационном периоде гемодинамические показатели были стабильными, тем не менее, среднее артериальное давление во второй группе было достоверно ниже по сравнению с первой группой. Частота сердечных сокращений была несколько выше в группе КСЭА, чем в группе КСПА, но статистически значимого различия не достигалось ($p > 0,05$). У 5 (15,1%) пациентов первой группы отмечено контралатеральное распространение сенсорного блока.

В периоперационном периоде содержание кортизола и глюкозы в плазме крови находились в пределах референсных значений. В первой группе после операции необходимость дополнительного введения трамадола возникла через $8,1 \pm 2,1$ часа, во второй – $6,8 \pm 2,1$ часа ($p < 0,01$). На фоне продленной паравертебральной блокады, также, как и эпидуральной аналгезии, интенсивность болевого синдрома в течение 48 ч после операции как правило не превышала 3 баллов по ВАШ. У 4-х (12,1%) пациентов первой группы и 3-х (8,8%) пациентов второй группы возникла «прорывная» боль, потребовавшая назначения трамадола.

В послеоперационном периоде были зарегистрированы артериальная гипотония у 2-х (6,1%) пациентов в первой группе и у 7 (20,5%) пациентов во второй группе, брадикардия – у 2 (6,1%) и 5 (14,7%) пациентов, ПОТР – у 2 (6,1%) и 4 (11,8%) соответственно ($p < 0,01$).



В целом, частота осложнений в послеоперационном периоде составляла на фоне паравerteбральной блокады в 18,2% (6 пациентов), на фоне эпидуральной аналгезии – 26,5% (9 пациентов).

Ретроспективная оценка пациентами анестезиологического обеспечения показала некоторое преимущество послеоперационной паравerteбральной блокады: 30 (90,1%) пациентов в первой группе и 28 (82,4%) пациентов в второй группе были полностью удовлетворены избранным методом обезболивания, однако полученные цифровые значения статистической значимости не достигали ($p > 0,05$).

Таким образом, комбинированная спинально-паравerteбральная анестезия является реальной альтернативой комбинированной спинально-эпидуральной анестезии при эндопротезировании тазобедренного сустава и позволяет обеспечить эффективное обезболивание, сопоставимое с эпидуральной аналгезией. По сравнению с эпидуральной анестезией технически проще и более безопасна.

ПРОБЛЕМА БЕЗОПАСНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ

Озодбеков Ю.Ш

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Цель исследования. Развитие малоинвазивной хирургии диктуют необходимость разработки стратегии безопасности проведения анестезии при некоторых оперативных вмешательствах. Даже при проведении такой рутинной операции, как гистерорезектоскопия имеется ряд потенциально возможных осложнений (травматические повреждения, отек легких, отек мозга, гипергидратация и гипергликемией и др.), которые описаны в литературе, что несомненно, необходимо учитывать. Принцип метода заключается в необходимости адекватного расширения полости матки раствором (преимущественно глюкоза 5%), что может приводить к выраженной гипергидратации в сочетании с высокой гипергликемией, при введении больших объемов.

Материалы и методы исследования. Проведено 78 анестезий гистерорезектоскопии у пациенток с бесплодием. Всем пациенткам применялась тотальная внутривенная анестезия на основе пропофола, кетамина, фентанила, сибазона. Длительность операции составила 25-78 мин, общая кровопотеря 15-87 мл. Всем пациенткам во время операции каждые 3-5 минут исследовали уровень гликемии (с помощью портативного глюкометра непосредственно в операционной), каждые 5-7 минут



определяли водный баланс (объем глюкозы вводимой внутриматочно через гистероскоп и **Выводимой** из полости матки). При мониторинговании уровня глюкозы, показания широко варьировали – от 6,4 до 28,7 ммоль\л, в связи с чем проводилась коррекция с помощью инсулина. Во время операции проводилась инфузионная терапия с помощью раствора стерофундина.

Результаты исследований. Проведенные исследования позволили выработать алгоритм при проведении гистерорезектоскопии:

1. При проведении гистерорезектоскопии необходим тщательный контроль за расходом объема вводимой внутриматочно раствора глюкозы и **Выводимой** из полости матки. При положительном водном балансе более 700 мл, **Введение** мочегонных препаратов, возможно альбумина, а при необходимости, - немедленная прекращение операции.
2. При высокой гипергликемии своевременное использование инсулина. Коррекция инсулином проводилась двумя путями: подкожные инъекции инсулина и интенсивная внутривенная инсулинотерапия через систему постоянной инфузии.
3. Обеспечить качественный состав инфузионной терапии, и в особенности темп инфузий (в зависимости от регулярно подсчитываемого водного баланса).

Использование алгоритма позволило избежать описанных в литературе осложнений, у всех пациенток отмечались стабильные показатели гемодинамики, постоянный мониторинг глюкозы обеспечил возможность проведения своевременной коррекции инсулином, подсчет водного баланса исключил развитие гипергидратации.

Выводы. Анализ наблюдений показал, что использование данного алгоритма действий при проведении гистерорезектоскопии способствует благоприятному течению анестезиологического пособия и своевременной коррекции возможных осложнений периоперационного периода.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ОРДС НА ФОНЕ СЕПСИСА У ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Озодбеков Ю.Ш.

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Введение. Применение рекомендательного протокола интенсивного лечения сепсиса, составленного с позиции доказательной медицины (SSC 2008, 2012), позволяет проводить адекватный сравнительный анализ эффективности проводимой терапии. В комплексе интенсивного лечения ОРДС одно из ведущих мест занимает респираторная



поддержка. В тоже время, следует констатировать, что несмотря на большое количество исследований, посвященных проведению искусственной вентиляции легких (ИВЛ) при ОРДС различного генеза, отсутствуют работы, посвященные анализу проведения респираторной поддержки при септическом ОРДС у пациентов с деструктивными формами панкреатита. В частности, не изучена сравнительная оценка параметров ИВЛ, биомеханики дыхания и газообмена у пациентов с панкреонекрозом, осложненным различной степени тяжести сепсиса (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок) и острым респираторным дистресс-синдромом.

Цель исследования: сравнить параметры вентиляции, биомеханики дыхания и газообмена в процессе респираторной поддержки при остром респираторном дистресс-синдроме при различной степени тяжести сепсиса у пациентов с деструктивными формами панкреатита.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое ретроспективное и проспективное нерандомизированное исследование 94 пациентов с деструктивными формами панкреатита, осложнившихся сепсисом и ОРДС. Исследование одобрено локальным этическим комитетом.

Диагноз сепсиса выставлялся на основании классификации, предложенной R.C. Bone с соавт. (1992), в зависимости от тяжести которого пациенты были разделены на три группы: 1 группа – пациенты с сепсисом (n=27), 2-я группа – с тяжелым сепсисом (n=41), 3 группа – с септическим шоком (n=26).

У всех пациентов в наблюдаемых группах имелся тотальный инфицированный панкреонекроз с преобладанием в морфологической структуре смешанной формы.

Всем пациентам осуществлялась комплексная терапия согласно рекомендациям по лечению панкреонекроза, сепсиса, ОРДС. Респираторную поддержку осуществляли в соответствии с концепцией «безопасной ИВЛ» [3]. Оценка механических свойств легких и газообмена осуществлялась на основании параметров: F, Vt, MV, PIP, PEEP, CIt, SpO₂, PetCO₂, FiO₂, PaO₂, PaCO₂, pH, AaDO₂, PaO₂/ FiO₂. Оценка проводилась на следующих этапах проведения респираторной поддержки: 1 сутки (1 этап), 3 сутки (2 этап), 5 сутки (3 этап), 7 сутки (4 этап) и 10 сутки (5 этап), а также перед летальном исходе (6 этап). Фиксировались длительность проведения респираторной поддержки, а также длительность вспомогательной ИВЛ и показатели летальности.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у пациентов с деструктивными формами панкреатита, осложненными сепсисом и ОПЛ, независимо от тяжести сепсиса (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок) поражение легких характеризуется как острый респираторный дистресс-синдром (оценка по шкале LIS более 2,5 баллов), с наличием тенденции к меньшей его тяжести при сепсисе по отношению к тяжелому сепсису и септическому шоку.

При сравнительном анализе параметров ИВЛ, биомеханики дыхания выявлено, что для обеспечения достаточной оксигенации при септическом шоке требуется величина PIP на 23,2% – 18,8% (p<0,05) большая по отношению к сепсису и тяжелому сепсису.



Установлено, что при тяжелом сепсисе применялся дыхательный объем в среднем на 5,0% больший, чем 8 мл/кг. Показано, что в течение первых 5-ти суток от начала проведения РП у пациентов с септическим шоком имели место более значимые расстройства газообмена в легких (по $AaDO_2$ и PaO_2/FiO_2) по отношению к сепсису и тяжелому сепсису.

Определено, что перед летальным исходом, независимо от тяжести сепсиса, динамика параметров биомеханики дыхания и газообмена имела однонаправленные изменения: жесткость параметров ИВЛ несколько возрастала, но не выходила за рамки концепции «безопасной» (протективной) ИВЛ; динамический легочно-торакальный комплайнс в среднем не снижался до критического уровня (менее 20 мл/см вод.ст); а расстройства газообмена не достигали уровня критической гипоксемии ($PaO_2/FiO_2 < 75$ мм рт.ст.).

Заключение. Параметры вентиляции, биомеханики дыхания и газообмена в процессе респираторной поддержки при ОРДС у пациентов с панкреонекрозом имеют определенную зависимость от тяжести сепсиса (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок).

ПРОБЛЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Ордашев Х.А

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с
усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г.Махачкала

Актуальность. Медико-демографическое исследование населения при различных аспектах заболеваний органов и систем организма представляет собой научный интерес, как с точки зрения изучения характеристик и структуры заболеваний, так и с позиции обоснования системного подхода к интеграции окончательных **Выводов** во взаимосвязи с отдельными социальными гигиеническими аспектами. В связи с этим, нами проведено анкетирования населения РД, проживающих в различных регионах республики.

Цель исследования. Изучить распространенность скрытых форм хронических сиаладенитов в РД. Выявить этиопатогенетические аспекты воспалительных заболеваний слюнных желез (СЖ) в республике, экспериментально обосновать динамику функциональных изменений СЖ в зависимости от характера питания и количества потребляемой жидкости.



Материал и методы. Инструментом исследования служили разработанные нами анкеты – опросники. Все опрошенные жители РД, были распределены по регионам проживания следующим образом:

1. г. Махачкала.
2. Равнинные районы республики – Южно-сухокумский, Кочубейский, Тарумовский, Кизлярский и Бабаюртовский районы.
3. Горные районы республики – Акушинский, Левашинский, Шамильский, Гунибский, Гергебильский, Ботлихский, Буйнакский, Рутульский, Цумадинский районы.

В процессе анкетирования мы акцентировали внимание на следующих вопросах: отмечались ли у наших респондентов наиболее характерные проявления воспалительных заболеваний СЖ - припухания в области слюнных желез, сезонность их проявления, частота, с чем связывают опрошенные их возникновение, изменение вкуса слюны, ощущение сухости в полости рта, анамнестические данные о заболеваниях слюнных желез, лимфатических узлов. Наличие сопутствующих заболеваний, характер питания, количество потребляемой жидкости в день.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных позволяет уточнить некоторые аспекты этиопатогенеза воспалительных заболеваний СЖ, а, следовательно, возможности их реабилитации и профилактики.

Одним из характерных признаков хронического сиаладенита является выделение слюны с кислым или солоноватым привкусом. Это объясняется застойными явлениями в СЖ, когда, вследствие длительного нарушение слюнооттока и ее застоя, меняется ее вкус.

294 опрошенных (14%) периодически отмечали появление слюны с кислым или солоноватым привкусом. Отмечались значительные изменения в зависимости от характера принимаемой пищи.

Следующий характерный признак поражения СЖ – это периодически отмечающаяся сухость в полости рта, она возникает как проявление нарушения функции СЖ вследствие воспалительных или дистрофических заболеваний.

Ощущение сухости в полости рта 13,9% отмечали с детства, а 15,7% с начала профессиональной деятельности.

Несмотря на такие большие цифровые показатели, только 10,1% опрошенных обращались за медицинской помощью к специалистам.

При изучении патогенеза, диагностики, дифференциальной диагностики, воспалительных и дистрофических заболеваний СЖ большое значение имеет состояние лимфатической системы и, в частности, лимфатических узлов. Поэтому в процессе опроса мы задавали вопросы о состоянии лимфоузлов, расположенных в области СЖ. При этом 32,7% опрошенных отметили, что у них периодически припухали лимфоузлы, расположенные в области околоушных и поднижнечелюстных СЖ. Исследуя вероятность влияния сопутствующих заболеваний на развитие воспалительных и дистрофических заболеваний СЖ, мы выясняли их наличие у наших респондентов. По данным В.В. Афанасьева (1993), сопутствующие общие заболевания и хронический сиаладенит имеют



один этиологический фактор – слабое звено в целостном организме. Со слов опрошенных нами жителей, заболевания сердечно-сосудистой системы отмечены у 183 человек (13,6%), желудочно-кишечного тракта – 358 (27,1%), болезнь Боткина – 234 (11,5%), заболевания щитовидной железы – 114 (10,1%), поджелудочной железы – 119 (9,4%), эпидемический паротит – 75 (5%).

Большое значение в происхождении и развитии воспалительных и дистрофических заболеваний СЖ имеют характер питания и количество потребляемой жидкости.

При анкетировании на эти вопросы опрошенные распределили свои пищевые предпочтения следующим образом:

- жирная пища – 44,9%, растительная пища – 30,6%, острая пища – 24,5%.

Чтобы подтвердить приведенные данные, нами было исследовано влияние характера пищи на показатели вязкости слюны и кислотно-щелочного равновесия в полости рта 20 человек (студенты добровольцы ДГМУ, ДБМК и их родственники).

Средняя вязкость смешанной слюны до приема пищи (контроль) равна $5,399907 \pm 0,3$ (5,39). Средняя вязкость смешанной слюны после приема острой пищи снижалась до $3,566402 \pm 0,2$ (3,57). Средняя вязкость смешанной слюны после приема сухой углеводистой пищи еще более снижалась и составляла $2,118711 \pm 0,4$ (2,12). Первоначальный показатель pH смешанной слюны до приема пищи равнялся $7,0 \pm 0,2$, после приема острой пищи увеличивался до $8,02 \pm 0,3$; после приема сухой углеводистой пищи pH снижалось незначительно до $7,61 \pm 0,1$.

Выводы. По результатам опроса жителей РД установлено, что у большого количества опрошенных имеются скрытые или недиагностированные заболевания СЖ.

I. В г. Махачкала людей с симптомами воспалительных заболеваний СЖ

- припухания (отек), изменения вкуса слюны было обнаружено 27,1% (129 больных), а лечилось только 34,9% из них;

- в равнинных районах лечилось - 31,9% от всех лиц, имеющих симптомы заболевания СЖ;

- в горных районах лечилось 29,5% от всех лиц; имеющих симптомы заболевания СЖ.

Это говорит о большом количестве носителей скрытой патологии СЖ.

II. Сухость в полости рта:

- Махачкала – 73,3%, из них 14,1% (67 человек) отмечали сухость часто, и даже ежедневно, что говорит о развивающихся дистрофических процессах.

- равнинные районы соответственно – 67,8% и 14,4%

- горные районы соответственно – 58,3% и 12,8%

III. Высокий процент заболеваний (32,7%) говорит о нарушении и снижении компенсаторных процессов со стороны иммунной системы.

IV. В этиопатогенезе воспалительных заболеваний СЖ большую роль играет характер питания и количество потребляемой жидкости, а также имеющиеся сопутствующие заболевания.



СОСТОЯНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ордашев Х.А., Минкаилова С.Р., Гамидова З.Ш., Магомедова Х.М., Тагирова А.М.,
Османова Д.М., Магомедов Г.Н.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с
усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г.Махачкала

Актуальность. Для лечения переломов нижней челюсти в настоящее время применяют консервативный и оперативный методы фиксации. Основным методом лечения переломов остается консервативный с наложением двучелюстных шин с межчелюстным вытяжением. Нарушение жевательного акта, возникающее в результате иммобилизации нижней челюсти, предопределяет необходимость изменения качественного и количественного состава пищи, вызывает нарушение физиологического рефлексогенного влияния пищевого комка на вкусовые рецепторы, оказывая угнетающее действие на «рото-вое пищеварение», так как слизистая оболочка полости рта богато иннервируется волокнами вегетативной нервной системы.

Слюноотделительные реакции зависят от механических и химических раздражителей, их интенсивности, характера диеты, взаимоотношения различных ее компонентов, функции глотания, жевания, уровня гастроинтестинальных гормонов. Существует «тесная взаимосвязь слюнной секреции, ее ферментативной активности с функциональным состоянием органов и тканей полости рта, слюнных желез, желудка, гепатобилиарной и эндокринной систем».

Цель. Исследовать функциональное состояние слюнных желез при иммобилизации нижней челюсти при ее переломе.

Материал и методы исследования. Нами изучена функция слюноотделения у больных с переломами нижней челюсти, леченных консервативным методом и имеющих или не имеющих в анамнезе заболевания пищеварительной системы. Обследовано 48 мужчин 18—48 лет (средний возраст — 35 лет) с одно- и двухсторонним переломом нижней челюсти. У 22 из них определялось смещение отломков, которое устранено после «ручной репозиции». У 26 больных клиническое течение процесса сопровождалось выраженным отеком, инфильтратом мягких тканей в области перелома, повышением температуры тела до 37,5—38 °С. У 20 пациентов выявлена сопутствующая патология пищеварительной системы.

Все больные по характеру травмы были распределены на 2 группы. 1-ю группу составили 24 больных с односторонним переломом нижней челюсти, 2-ю группу — 24 больных с двухсторонним переломом. Больные каждой группы в свою очередь были распределены на 2 подгруппы. В 1А подгруппу входили 14 мужчин с односторонним переломом нижней челюсти без сопутствующей патологии пищеварительной системы; в 1Б подгруппу — 10



больных с таким же переломом, но с патологией пищеварительной системы. 2А подгруппу составило 14 больных с двусторонним переломом нижней челюсти без сопутствующей патологии, 2Б подгруппу — 10 больных с двусторонним переломом нижней челюсти с патологией пищеварительной системы. Всем больным проводили консервативное лечение наложением шин Тигерштедта с межчелюстным вытяжением. Средний срок нетрудоспособности при одностороннем переломе — 21,5 дня, при двустороннем — 29,5 дня. Контролем служили 20 практически здоровых мужчин.

Исследовали в динамике скорость слюноотделения (ССО). Смешанную слюну (СС) собирали утром натощак, до чистки зубов по общепринятому способу, определяли ССО.

Результаты исследования. ССО у всех больных в начальные сроки наблюдения существенно снижена по сравнению с контролем. В последующие сроки наблюдения отмечалось повышение ССО, которая на 21-е сутки в подгруппе 1А достигала уровня контроля, в то время как в подгруппах 1Б и 2А этот показатель восстанавливается значительно медленнее. В подгруппе 2Б во все сроки наблюдения отмечалось особенно заметное снижение ССО, что, очевидно, связано с более выраженным влиянием патологической импульсации с места перелома, а также наличием заболеваний пищеварительной системы, вызвавших висцеро-висцеральную реакцию организма. Гиперсаливацию мы наблюдали только в момент шинирования, т. е. при непосредственном раздражении рецепторов слизистой оболочки полости рта.

Выводы. Наши исследования показали, что иммобилизация нижней челюсти, связанная с ее переломами, оказывает угнетающее влияние на функцию слюнных желез рефлекторным путем. Степень угнетения функции слюнных желез выражена при наличии патологии пищеварительной системы. Это указывает на то, что акт жевания играет важную роль для нормального функционирования всей пищеварительной системы. Итак, в развитии функциональных нарушений слюнных желез у больных с переломами нижней челюсти, леченных при помощи межчелюстной иммобилизации, основное значение имеют не только полное отсутствие акта жевания изменение качества и количества пищи, но и продолжительность иммобилизации и висцеро-висцеральные реакции организма.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Орипова М.М., Ахмаджанова Г.М.

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Антифосфолипидный синдром (АФС) — это системный процесс, который поражает все органы и ткани и определяется по клиническим и лабораторным



критериям. Установленные в настоящее время клинические проявления АФС поражают две системы: сосудистую, вызывая тромботические явления, и маточно-плацентарный кровоток, что приводит к осложнениям беременности. В то же время инфекционные заболевания по-прежнему являются одними из основных причин перинатальных потерь во всем мире. Клиническая симптоматика TORCH-инфекций остается слабовыраженной, что обуславливает определенные трудности в постановке диагноза и проведении лечебных мероприятий. Последствия для плода и новорожденного варьируют от бессимптомной инфекции до сепсиса, пороков развития и смерти плода.

Обследование беременных на наличие возбудителей инфекций является важной частью программы антенатального наблюдения. **Актуальность** изучения TORCH-инфекций у беременных определяется не только существенными перинатальными потерями, но также и тем, что у плода, перенесшего инфекцию, часто выявляется врожденная патология, которая приводит к серьезным нарушениям здоровья и к инвалидности.

Цель исследования. Оценить особенности анамнеза и исходы беременности у женщин с невынашиванием и антифосфолипидным синдромом в зависимости от методов его коррекции.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное когортное исследование. Обследовано 137 беременных с прерываниями беременности в анамнезе и антифосфолипидным синдромом.

Обследованные женщины были разделены на две группы по принципу наличия или отсутствия процедур плазмафереза в схеме терапии невынашивания на прегравидарном этапе. Первую группу (основная) составили женщины (n = 73), которым на прегравидарном этапе проводили комплексную терапию с включением плазмафереза (эфферентная терапия), во второй группе (сравнения, n = 64) эфферентную терапию не проводили.

Результаты исследования. Средний возраст в обследуемой группе составил $31,82 \pm 4,69$ лет. Большинство женщин находились в раннем репродуктивном возрасте – 71,45% (31), женщины позднего репродуктивного возраста составили 28,55% (13).

Работающими были 61,36% (27) женщин, домохозяйками – 34,09% (15), учащимися – 4,54% (2). Состояли в зарегистрированном браке 68,18% (30) беременных, брак не был зарегистрирован в 7,27% (12) случаев, одинокие женщины составили 4,54% (2). Более половины обследуемых пациенток имели среднее специальное образование – 59,09% (26), женщины с высшим образованием составили 36,36% (16), учащиеся – 4,54% (2).

Повторнобеременными были 81,81% (36) пациенток, при этом более половины беременных имели роды в анамнезе – 63,63% (28). Отягощенный акушерский анамнез имел место в 68,18% (30) случаев. Невынашивание беременности было у каждой второй беременной – 54,5% (24). Самопроизвольный выкидыш и/или неразвивающаяся беременность в анамнезе были отмечены в 38,63% (17) случаев, преждевременные роды – в 25% (11), аборт у первородящих – в 13,63% (6), 3 и более абортов у повторнородящих



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



– в 6,81% (3) случаев. Гинекологические заболевания в анамнезе отмечали 68,18% (30) женщин: миома матки – 20,45% (9), воспалительные заболевания органов малого таза – 15,9%, бесплодие – 9,09% обследуемых.

Соматическая патология была у 68,18% пациенток: хроническая артериальная гипертензия – у 29,54% (13), хронические заболевания мочевыделительной системы – у 22,72% (10), миопия и другие заболевания глаз – у 22,72% (10), ожирение – у 13,63% (6), ВИЧ-инфекция / вирусные гепатиты – у 9,09% (4), заболевания щитовидной железы – у 9,09% (4), генетические тромбофилии – у 4,54% (2), варикозное расширение вен нижних конечностей – у 4,54% (2).

Цервиковагинальные инфекции во время беременности были установлены у 88,63% (39) пациенток. Стойкая угроза прерывания беременности, требующая стационарного лечения, была у 56,81% (25) женщин. Хроническая плацентарная недостаточность с нарушением маточно-плодового кровотока была выявлена у 31,8% (14) женщин, при этом в половине случаев нарушение кровотока регистрировалось уже при втором УЗ-скрининге. Истмико-цервикальная недостаточность была у каждой третьей беременной – 31,81% (14). Протромботическое состояние гемостаза по данным гемостазиограммы имело место в 27,27% (12) случаев. Гестационный сахарный диабет был установлен у 25% (11) беременных. Рвоту беременных в I триместре отмечали 20,45% (9) женщин. Острые респираторные инфекции во время беременности перенесли 9,09% (4) женщин, острые инфекционные заболевания мочевыделительной системы также 9,09% (4) обследуемых. Преэклампсия имела место в 2 случаях, что составило 4,54%.

Вывод. Большинство женщин, беременность у которых осложнилась преждевременным разрывом плодных оболочек, являлись повторнобеременными, при этом каждая вторая уже имела случаи невынашивания беременности в анамнезе. При настоящей беременности у большинства женщин (88,6%) была установлена инфекционная патология влагалища и шейки матки, из них у половины был диагностирован цервицит.

У каждой второй пациентки с преждевременным разрывом плодных оболочек в сроках менее 34 недель беременность с ранних сроков осложнилась угрозой прерывания, а у каждой третьей были установлены признаки хронической плацентарной недостаточности.

Безводный период варьировал от 18 часов до 42 дней и в среднем составил 119 часов (5 суток), при этом не была установлена достоверная зависимость перинатальных исходов от длительности безводного периода.

Достоверно чаще неблагоприятные перинатальные исходы, в том числе внутриутробная инфекция плода и новорожденного, имели место в группе женщин с разрывом плодных оболочек в сроках менее 28 недель по сравнению с другими группами.

Основной причиной перинатальной смертности при беременности, осложненной преждевременным разрывом плодных оболочек, была внутриутробная инфекция. В 75%



случаев были установлены воспалительные изменения в тканях последа, в половине которых – поражение всех слоев плодных оболочек.

АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН С ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ

Орипова М.М., Ахмаджанова Г.М.

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Однако, в 80% случаев антифосфолипидного синдрома проявлением заболевания является акушерская патология, так как, возникающие в организме аутоиммунные реакции влияют на процессы имплантации, роста, развития эмбриона и плода, на течение беременности и исход родов. Чаще всего антифосфолипидный синдром приводит к замершим беременностям, антенатальной гибели плода, фетоплацентарной недостаточности, внутриутробной задержки роста плода, преэклампсии, тромбозам, HELLP-синдрому и неудачам ЭКО.

Цель исследования. Оценить особенности анамнеза и исходы беременности у женщин с невынашиванием и антифосфолипидным синдромом в зависимости от методов его коррекции.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное когортное исследование. Обследовано 137 беременных с прерываниями беременности в анамнезе и антифосфолипидным синдромом.

Обследованные женщины были разделены на две группы по принципу наличия или отсутствия процедур плазмафереза в схеме терапии невынашивания на прегравидарном этапе. Первую группу (основная) составили женщины (n = 73), которым на прегравидарном этапе проводили комплексную терапию с включением плазмафереза (эфферентная терапия), во второй группе (сравнения, n = 64) эфферентную терапию не проводили.

Результаты исследования. Средний возраст в обследуемой группе составил $31,82 \pm 4,69$ лет. Большинство женщин находились в раннем репродуктивном возрасте – 71,45% (31), женщины позднего репродуктивного возраста составили 28,55% (13).

Работающими были 61,36% (27) женщин, домохозяйками – 34,09% (15), учащимися – 4,54% (2). Состояли в зарегистрированном браке 68,18% (30) беременных, брак не был зарегистрирован в 7,27% (12) случаев, одинокие женщины составили 4,54% (2). Более половины обследуемых пациенток имели среднее специальное образование – 59,09% (26), женщины с высшим образованием составили 36,36% (16), учащиеся – 4,54% (2).

Повторнобеременными были 81,81% (36) пациенток, при этом более половины беременных имели роды в анамнезе – 63,63% (28). Отягощенный акушерский анамнез имел место в 68,18% (30) случаев. Невынашивание беременности было у каждой второй



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



беременной – 54,5% (24). Самопроизвольный выкидыш и/или неразвивающаяся беременность в анамнезе были отмечены в 38,63% (17) случаев, преждевременные роды – в 25% (11), аборт у первородящих – в 13,63% (6), 3 и более абортов у повторнородящих – в 6,81% (3) случаев. Гинекологические заболевания в анамнезе отмечали 68,18% (30) женщин: миома матки – 20,45% (9), воспалительные заболевания органов малого таза – 15,9%, бесплодие – 9,09% обследуемых.

Соматическая патология была у 68,18% пациенток: хроническая артериальная гипертензия – у 29,54% (13), хронические заболевания мочевыделительной системы – у 22,72% (10), миопия и другие заболевания глаз – у 22,72% (10), ожирение – у 13,63% (6), ВИЧ-инфекция / вирусные гепатиты – у 9,09% (4), заболевания щитовидной железы – у 9,09% (4), генетические тромбофилии – у 4,54% (2), варикозное расширение вен нижних конечностей – у 4,54% (2).

Цервиковагинальные инфекции во время беременности были установлены у 88,63% (39) пациенток. Стойкая угроза прерывания беременности, требующая стационарного лечения, была у 56,81% (25) женщин. Хроническая плацентарная недостаточность с нарушением маточно-плодового кровотока была выявлена у 31,8% (14) женщин, при этом в половине случаев нарушение кровотока регистрировалось уже при втором УЗИ-скрининге. Истмико-цервикальная недостаточность была у каждой третьей беременной – 31,81% (14). Протромботическое состояние гемостаза по данным гемостазиограммы имело место в 27,27% (12) случаев. Гестационный сахарный диабет был установлен у 25% (11) беременных. Рвоту беременных в I триместре отмечали 20,45% (9) женщин. Острые респираторные инфекции во время беременности перенесли 9,09% (4) женщин, острые инфекционные заболевания мочевыделительной системы также 9,09% (4) обследуемых. Преэклампсия имела место в 2 случаях, что составило 4,54%.

Вывод. Достоверно чаще неблагоприятные перинатальные исходы, в том числе внутриутробная инфекция плода и новорожденного, имели место в группе женщин с разрывом плодных оболочек в сроках менее 28 недель по сравнению с другими группами.

Основной причиной перинатальной смертности при беременности, осложненной преждевременным разрывом плодных оболочек, была внутриутробная инфекция. В 75% случаев были установлены воспалительные изменения в тканях плаценты, в половине которых – поражение всех слоев плодных оболочек.



ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ АЛГОРИТМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Отакузиев А.З., Камолов Н.Г., Косимов С.М., Шокирова Г.О.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность проблемы. Одним из часто встречаемых локализаций эхинококковых кист (ЭК) является VII, VIII и II сегменты печени, что ввиду локализации во время вмешательств создает свои технические трудности. Эхинококкоз диафрагмальной поверхности печени (ЭДПП) является самым трудным для диагностики, трудно поддается обзору, что приводит к затруднениям во время операции.

Трудность оперативного лечения данной локализации эхинококковых кист обусловлены, прежде всего, сложностью топографо-анатомического расположения, более часто встречающимися осложненными формами по сравнению с другой локализацией паразитарных кист печени.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с эхинококкозом печени поддиафрагмальной локализации путем разработки дифференцированного алгоритма к оперативному лечению.

Материал и методы. Данная работа основана на анализе проведенного обследования и хирургического лечения 76 больных эхинококкоза печени диафрагмальной поверхности на базе клиники кафедры хирургии, АндГосМИ в период с 2020 по 2022 гг.

Возраст пациентов варьировал от 16 до 69 лет. Подавляющее большинство больных ЭДПП, были лица трудоспособной возрастной категории от 20 до 49 лет - 86,9%, что подчеркивает социально-экономическую значимость проблемы эхинококкоза.

Всем поступившим в клинику больным производили комплексное обследование с использованием клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Анализируя данные о локализации эхинококковых кист при ПЭП, мы отметили более частое поражение VII-VIII сегмента печени, имевшее место у 57 (75,0%) пациентов, поражение II-го сегмента отмечено у 16 (21,0%), а 30 поражение обоих долей поддиафрагмальной поверхности – у 3 (4,0%) больных. Последняя локализация являлась фактором, способствующим возникновению легочных осложнений. Это также значительно усложняло выполнение оперативных вмешательств.

Наиболее часто имело место превалирование солитарных ЭК в печени. Так, количество больных с поражением печени одной ЭК составило 51,3% (39 пациентов). Две ЭК и более, расцененные как множественное поражение печени составило 48,7% (37 пациентов). При этом в количественном отношении в также преобладало количество больных с четырьмя ЭК и более (18,4%).

Частота выявления таких рентгенологических признаков, как высокое стояние купола диафрагмы (рис. 2.3), её деформация и ограничение подвижности наблюдали у 55



(72,3%) пациентов с ЭК более 10,0 см. При этом деформация контуров диафрагмы наблюдалась в 17,1%, вдавление её в грудную полость – в 14,5% и нарушение подвижности - в 11,8% случаях.

Для оптимизации тактики разработан алгоритм хирургической тактики при эхинококкозе поддиафрагмальной поверхности печени.

Данный алгоритм нами применяется с **Целью** оптимизации хирургической тактики лечения эхинококкоза диафрагмальной поверхности печени.

При локализации кист в VII сегменте, удобен косой подреберный доступ с сохранением целостности правой прямой мышцы живота. При невозможности свободных действий с кистами VII-VIII или же при поражении всех сегментов печени сегментов этот раз-рез расширялся Федорову (косой правый подреберный доступ) или верхнесрединный разрез с рассечением круглой и серповидной связок печени. При одновременном поражении I-II сегментов печени, предпочтение отдается верхнесрединному разрезу с использованием ретрактора Сигала.

Доступы в с рассечением связок печени в большинстве случаев обеспечивали смещение печени вниз и киста становится хорошо видимой, но при наличии сращений, особенно плотных, отделить кисту от диафрагмы бывает затруднительно и всегда есть угроза повреждения диафрагмы и, кроме того, даже без повреждения диафрагмы у таких больных в послеоперационном периоде возникает реактивный плеврит. Каким бы методом мы не ликвидировали полость фиброзной капсулы, мы всегда дренировали поддиафрагмальное пространство одним либо двумя дренажами.

Этот алгоритм в большинстве случаев позволяет в зависимости от диаметра выбрать тактику, а также выбрать наиболее оптимальный хирургический доступ в зависимости от пораженного сегмента печени. До и после выполнения оперативного вмешательства во всех случаях проводится профилактическая послеоперационная химиотерапия (альбендазолом, мебендазолом, зентелем, метронидазолом, фуразолидоном под контролем биохимических анализов крови), в сочетании с гепатопротекторами, иммунологической коррекцией.

Результаты исследования. Анализ ближайших послеоперационных результатов показал, что наибольшее количество послеоперационных осложнений, по нашим данным, наблюдались у больных, которым проведены открытые методы эхинококкэктомии. Послеоперационные осложнения наблюдались у 7 (9,2%) больных, послеоперационная летальность не отмечено. Из послеоперационных осложнений в 1 случае отмечены нагноение остаточной полости, в 1 случаях – острая печеночная недостаточность и в 1 н– послеоперационная пневмония с явлениями экссудативного плеврита.

Вывод. Применение предложенного тактического алгоритма комплексного хирургического лечения эхинококкоза диафрагмальной поверхности печени позволит снизить риск развития специфических послеоперационных осложнений и сократить период реабилитации. В хирургическом лечении больных эхинококкозом печени



приоритетным считаем выполнение органосохраняющих операций. При неосложненной эхинококкозе печени считаем целесообразным выполнить закрытую эхинококкэктомия, при нагноившейся эхинококкозе печени полузакрытую эхинококкэктомия.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Отакузиев А.З., Косимов С.М., Шокирова Г.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным различных авторов особенностью эхинококкоза как паразитарного заболевания является возможность неоднократного рецидива. При этом 2/3 больных оперируются на фоне хронических осложнений эхинококкоза, наиболее частыми из которых являются: нагноения кисты - 18,4–49,0%, обызвествление фиброзной капсулы - 4,8-18,1% и погибшая материнская эхинококковая киста (ЭК) в стадии ранних посмертных изменений - 5,6-9,9%

Цель исследования. Улучшить результаты оперативного лечения осложненного рецидивного эхинококкоза печени.

Результаты оперативного лечения

Материалы и методы. Нами были проанализированы результаты обследования и лечения 54 больных по поводу осложненного рецидивного эхинококкоза печени, оперированных на базе кафедры хирургии клиники Андижанского государственного медицинского института.

Результаты

В соответствии с целями и задачами исследования больные были разделены на 2 группы. Все пациенты были разделены на 2 группы: контрольная - 26 (48,1%) больных, которые получали стационарное лечение традиционными методами; основная - 28 (51,8%) больной, которые получали стационарное лечение усовершенствованными нами методами лечения.

С целью рационального использования различных методов диагностики рецидивного эхинококкоза печени проведена комплексная диагностика с использованием лабораторных и инструментальных методов.

Наиболее частыми осложнениями явились нагноение (40,7%) и обызвествление (33,3%), а также сочетание нагноения паразитарной кисты с обызвествления ее стенки (25,9%).

Мы в основном придерживались тактики щадящих и органосохраняющих методов операции. В основном использованы 4 типов операций: закрытая, открытая, полузакрытая, при множественном поражении ЭК в печени и органах брюшной полости, нами применялись сочетание различных способов ликвидации эхинококковых кист, т.е. комбинированные методы операций, когда число паразитарных кист было два и более. При краевом расположении ЭК независимо от её диаметра выполняли идеальная эхинококкэктомия в виде вылущивания фиброзной капсулы; краевую резекцию с



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



удалением фиброзной капсулы. При больших и осложненных ЭК были использованы дренирование по типу «проточной системы» для промывания антисептиками и своевременного извлечения экссудата.

Для выполнения поставленной цели в практике нашей клиники АндГосМИ разработан и внедрен простой и доступный способ интраоперационной антипаразитарной обработки полости фиброзной капсулы с использованием сочетания антисептических средств, известных в фармакологии и разрешенных к применению МЗ РУз (Патент № IAP 2014 0498). Обработка внутренней поверхности фиброзной капсулы производится последовательно 20% р-ром натрия хлорида, раствором фурациллина, подогретым до температуры 70-750 С, 96% спиртом и 5% йодной настойкой, с экспозицией 2, 3, 3, 3 минуты соответственно. После чего производят иссечение передней полуокружности фиброзной капсулы, электрокоагуляцию края фиброзной капсулы и электрокоагуляцию внутренней поверхности фиброзной капсулы. В полость помещают и фиксируют дренажную трубку для контроля.

Результаты исследования. При осложненном рецидивном эхинококкозе печени высока вероятность развития местных и общих осложнений в зависимости от способа обработки фиброзной капсулы при нагноении, гибели паразита с распадом хитиновой оболочки, отслойке внутренней оболочки фиброзной капсулы, вариантов дренирования остаточной полости, вероятность выпадения дренажа из остаточной полости.

В группе больных с осложненным эхинококкозом печени (26 больных) у 12 (46,1%) пациентов отмечены различные осложнения после операции. В основной группе (28 больных) различные послеоперационные осложнения отмечены у 3 (10,7%) больных.

Выводы.

1. Предложенный способ многокомпонентной интраоперационной антипаразитарной обработки, проточное дренирование гигантских нагноившихся эхинококковых кист и тампонада круглой связкой печени при обызвествлении эхинококковой кисты в условиях хирургического лечения осложненных форм рецидивного эхинококкоза печени позволил добиться адекватной санации остаточной полости в раннем послеоперационном периоде, сократить долю больных с развитием различных осложнений с 46,1% до 10,7%.
2. Наш опыт и проведенные нами исследования доказали, что предложенный способ комплексной интраоперационной антипаразитарной обработки остаточной полости после эхинококкэктомии печени, обладает повышенным антисептическим действием, наименее травматичным и гепатотоксичным эффектом, а также является доступным и простым в применении.
3. При хирургическом лечении рецидивного осложненного эхинококкоза печени, в условиях нагноения, гибели паразита с распадом хитиновой оболочки, отслойки внутренней оболочки фиброзной капсулы, целесообразно применение многокомпонентной интраоперационной антипаразитарной обработки остаточной полости с дренированием по типу «проточной системы»



МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИОДОНТА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Охунжонова Х.Х

Кафедра пропедевтической стоматологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Быстро прогрессирующий периодонтит представляет социально значимую проблему, так как характеризуется активным разрушением опорных тканей зубов у практически здоровых молодых людей и при отсутствии своевременной диагностики и лечения может приводить к ранней утере зубов. Несомненно, залогом успешного лечения быстро прогрессирующего периодонтита является ранняя диагностика. Для постановки диагноза, эффективного лечения, прогнозирования течения и исхода заболевания важно определение морфологических признаков различных форм периодонтита.

Цель. Определение морфологических изменений десны при быстро прогрессирующем и при хроническом периодонтите у взрослых. Материалы и методы. Для определения морфологических изменений при различных формах периодонтальной патологии было проведено гистологическое исследование 30 биоптатов десны.

Результаты. Гистологическое исследование биоптатов десны показало, что в мягких тканях периодонта независимо от клинического диагноза во всех случаях наблюдения определялись признаки хронического продуктивного воспаления различной степени выраженности. Характерной особенностью морфологических изменений эпителия десны при всех формах рассматриваемой периодонтальной патологии являлись признаки акантоза (утолщение эпителия с удлинением межсосочковых отростков) той или иной степени выраженности. Во всех случаях наблюдений субэпителиально определялась воспалительная инфильтрация мононуклеарными клеточными элементами различной степени выраженности: от отдельных мононуклеаров и их очаговых скоплений до диффузной инфильтрации клетками воспаления по всему полю зрения. Еще одним характерным патоморфологическим признаком исследуемой патологии периодонта является фиброз сетчатого слоя собственной пластинки десны, который в большей или меньшей степени определялся во всех случаях наблюдений.

Выводы. Таким образом, морфологические изменения в мягких тканях периодонта у пациентов с различными клиническими формами патологии (быстро прогрессирующий и хронический периодонтит) носят сходный характер и заключаются в наличии в тканях десны хронического продуктивного воспаления различной степени выраженности.



КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Пардаев Ш.К., Шарипов И. Л., Гоибов С.С.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность темы. Современный этап развития анестезиологии характеризуется интенсивным поиском новых методов и средств анестезии. Комбинированная анестезия представляет собой сочетание эпидуральной блокады с общей анестезией. Такая комбинация позволяет создавать эффективную антиноцицепцию, во многом основанную на подавлении избыточных симпатoadреналовых реакций, повреждающее действие которых наиболее значимо при выполнении травматичных операций.

Цель исследования: Изучить эффективность комбинированной анестезии при симультанных операциях на органах брюшной полости у больных с артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования: В исследование включены **Результаты** хирургического лечения 106 пациентов в возрасте от 35 до 72 лет (сред. 54,6±6,6); мужчин 45-42,5%, женщин 61-57,5% с артериальной гипертензией разной степени. Пациенты со симультанной операции распределены следующим образом: гемигастрэктомия и холецистэктомия-24; эхинококкэктомия печени и холецистэктомия-26; герниолапаротомия и холецистэктомия -28; герниолапаротомия и гистерэктомия-28. В основной группе (76 больных) выполнена многокомпонентная общая анестезия в сочетании с эпидуральной анестезией (ЭА). Пункцию и катетеризацию эпидурального пространства производили после стандартной премедикации, при необходимости дополнительно нейролептик или транквилизатор. Выбор уровня пункции, зависел от области оперативных вмешательств. Использовали местный анестетик лонгокаин - изобарический (Украина) в дозе 0,5 %-1,5мг/кг. Контрольную группу составили 30 больных с аналогичными оперативными вмешательствами, которые выполнены с использованием многокомпонентной общей анестезии. В качестве общего анестетика использовались пропофол в дозах 3 - 5 мг/кг/ч, тиопентал натрий 3-5 мг/кг/ч, изофлуран 1-2 об/%, препараты НЛА и миорелаксант ардуан 0,04-0,06 мг/кг/ч. Наряду обще клиническими и биохимическими исследованиями во время и ближайшем послеоперационном периоде исследовали ЭКГ (Геолик ЭКЗТ-12-01, Япония), ЭХО-КГ (ACCUVIX QX, Medison, Япония), АД (систолическое, диастолическое, среднее), ЧСС, спирометрию (SpiroCom Standard, ХАИ-МЕДИКА, Харьков, Украина) пульсоксиметрию (SpO2) (МПР6-03-«Тритон»Россия). Эффективность анестезии оценили по гемодинамическим данным, уровнем гликемии, а в послеоперационном периоде с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты исследования: Все больные подверженные оперативным вмешательствам отнесены в группу риска II-III ст. по ASA. После выполнения ЭА в



исследуемой группе больных отмечено снижение АД на 15-20% от исходного с увеличением ЧСС на 5%. SpO₂ колебалась 96-98%. Исследования ЭА как компонента анестезиологического пособия позволили уменьшить расход фентанила в основной группе больных в 8-10 раз. Уровни АД (среднее) в исследуемой группе больных отличался стабильностью на всех этапах оперативного вмешательства. В дальнейшем при стабильных показателях гемодинамики, восстановлении адекватного самостоятельного дыхания появилась возможность более ранней экстубации больных основной группы по сравнению с контрольной.

Выводы: Комбинированная анестезия (ОА+ЭА) при выполнении травматичных симультанных вмешательствах у больных с артериальной гипертензией на органах брюшной полости обеспечивает стабильное течение интраоперационного периода, существенное уменьшение дозы наркотического анальгетика и общего анестетика и более раннее пробуждения больного. Послеоперационное обезболивание с помощью эпидуральной анальгезии способствует ранней активации и уменьшению сроков пребывания больных в ОРИТ.

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗРАБОТАННОГО МЕТОДА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛИ В СПИНЕ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Поздняков М.В., Комлева Н.Е., Долич В.Н., Меденцов В.А.

Саратовский МНЦ гигиены ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения»

Актуальность. Информационные технологии в последние десятилетия нашли применение, как в развитии лечебно-диагностических мероприятий, так и в организации оказания медицинской помощи.

Актуальность внедрения телемедицины в России определяется спецификой системы здравоохранения страны, которая обусловлена географической протяженностью, низкой плотностью населения, выраженным дисбалансом в уровне материального обеспечения населения и рядом других факторов. Решающим шагом в развитии работ по данному направлению было создание координационного совета Минздрава РФ по телемедицине (приказ МЗ РФ от 20.12.2000 №444). Результатом его деятельности явилась разработка концепции развития телемедицинских технологий в России, которая в дальнейшем утверждена совместным приказом МЗ РФ и РАМН от 27.08.2001 №344/76.

В научно-практическом здравоохранении для различных целей существует большое количество медицинских информационных систем (МИС). Диагностические технологии в медицине базируются на методах функциональной диагностики и



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



реализуются посредством алгоритма оценки состояния здоровья, выявления состояния предболезни, экспертных систем в дифференциальной диагностике, для паспортизации и сертификации здоровья человека. С развитием информационных технологий в медицинскую практику внедряются методы многомерного статистического анализа, применяемые для построения экспертных систем с **Целью** разработки алгоритмов первичной и вторичной профилактики, в том числе в скрининговых исследованиях, на этапе периодических медицинских осмотров, диспансерных наблюдений и пр.

Некоторые задачи вычислительной диагностики, в которых используются несложные вычисления, а также накопление статистических данных по большим группам пациентов могут быть решены с использованием табличных процессоров. Но, как показал наш опыт, при вводе данных весьма часто встречаются недопустимые или ошибочные значения. Всё это значительно усложняет дальнейший статистический анализ накопленных данных. Поэтому целесообразно применение программных модулей, адаптированных под каждую конкретную задачу.

Цель исследования. Оценка с учетом требований доказательной медицины диагностической эффективности, чувствительности и специфичности разработанного метода дифференциальной диагностики боли в спине, реализованной в виде медицинской информационной системы.

Материалы и методы исследования. Оценка диагностической эффективности программы проводилась в соответствии с требованиями доказательной медицины. Отбиралась контрольная группа участников исследования, у которых диагноз был верифицирован на основании комплексного клинико-инструментального обследования, принятых за «золотой стандарт». Для оценки диагностической эффективности МИС для дифференциальной диагностики боли в спине в соответствии с требованиями доказательной медицины под наблюдением находились 85 человек:

I группу (n=24) составили условно здоровые лица, у которых отсутствовала боль в спине;

II группу (n=45) – больные с болью в спине, которая была обусловлена вертеброневрологическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника (люмбалгия, люмбоишиалгия), то есть неспецифическая боль в спине;

III группу (n=16) – больные, у которых была верифицирована специфическая боль в спине, обусловленная воспалительными заболеваниями, инфекционными и опухолевыми процессами, травматическими поражениями позвоночника, заболеваниями урогенитальной сферы, метаболическими нарушениями и пр. (дисцит, болезнь Бехтерева, корешковый синдром, стеноз позвоночного канала и др.).

Построена таблица сопряженности между клиническими диагнозами (заключением эксперта) и заключениями МИС. Рассчитаны чувствительность и специфичность предложенных методов, реализованных в виде МИС, с расчётом 95%-го доверительного интервала.

Для оценки степени согласия между результатами экспертного заключения и результатами, выдаваемыми МИС, определялся коэффициент каппа Коэна (K). Расчёт был



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



произведён с помощью пакета “vcd” языка программирования “R” для статистической обработки данных, коэффициент К найден с помощью функции “Kappa()”, границы доверительного интервала определялись с помощью функции “confint()”.

Результаты исследования. Работа программы основана на расчёте трёх дискриминантных функций. При построении модели был проанализирован предыдущий опыт обследования 363 пациентов, после чего отобраны наиболее значимые симптомы и показатели для отнесения пациента к одной из трёх возможных групп в зависимости от характера боли в нижней части спины (пациенты с незначительной болью, которая не требует медикаментозного лечения; с неспецифической болью; со специфической болью). Каждая из функций представляет собой сумму коэффициентов, количество которых соответствует числу задаваемых вопросов, которые умножаются на единицу при положительном ответе на соответствующий вопрос и на ноль, соответственно, при отрицательном ответе. После расчёта дискриминантных функций определяется максимальное значение из трёх, после чего выдаётся заключение и рекомендация пациенту.

Определены чувствительность и специфичность применения МИС для диагностики боли в спине при разделении пациентов на группы I и II, а также II и III. Чувствительность разделения между группами I и II составила $0,95 \pm 0,06$, специфичность равна 1. При разделении пациентов на группы II и III чувствительность составила $0,8 \pm 0,19$, специфичность равна 1.

При определении степени согласия между заключениями эксперта и МИС установлено: $K=0,885$; стандартная ошибка= $0,045$; 95% доверительный интервал: от 0,796 до 0,974. Положительное значение индекса согласия указывает на то, что клинический диагноз и заключения программы совпадают чаще, чем случайно. Таким образом, с учётом значений доверительных интервалов индекс согласия может расцениваться как «очень хороший».

Показано, что чувствительность предложенного метода различается при выявлении пациентов с неспецифической болью и со специфической болью. Так, при выявлении пациентов с неспецифической болью чувствительность равна 0,95, то есть вероятность ошибки составляет 5%, в то же время чувствительность при дифференцировании пациентов с неспецифической и специфической болью составила 0,8, то есть вероятность отнесения пациента со специфической болью к группе с неспецифической болью составляет 20%, что значительно выше 5%. В то же время специфичность составила 1. Также отметим, что в группу здоровых не попал ни один пациент со специфической болью. Таким образом, разработанный метод и его реализация в виде МИС целесообразно использовать при скрининговых обследованиях для выделения лиц, имеющих боль в спине. Пациентам предоставлялись рекомендации на основании заключения МИС.

Выводы. Предложенная система способствует определению необходимого и достаточного спектра клинично-инструментальных обследований, позволяет решать задачу



маршрутизации пациентов и формировать группы риска, что оптимизирует работу врачей первичного звена, а также на этапе периодических медицинских осмотров.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АКТИВНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В СРЕДИ НОСИТЕЛЕЙ HbsAg

Пулатов М.Э., Каюмов А.М
Кафедра инфекционные болезни
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность: В настоящее время во всем мире насчитывается 350 млн человек с хронической HBV-инфекцией, являющихся по определению, лицами у которых на протяжении более чем 6 месяцев в сыворотке крови обнаруживается HbsAg. Носители HBV представляют собой группу высокого риска развития цирроза печени, печеночной недостаточности и гепатоцеллюлярной карциномы. Несмотря на то что у большинства пациентов с HBV-инфекцией не возникает осложнений, характерных для хронического гепатита В, однако у 15-40% из них в определённые периоды жизни развиваются тяжёлые нарушения функции печени.

Цель: Выявить распространенность активного вирусного гепатита В среди HbsAg – носителей

Методы исследования: В исследование включали пациентов старше 18 лет с носительством HbsAg более 6 месяцев. HBV ДНК определяли с помощью качественной и количественной ПЦР, HbeAg, HBeAb с помощью твердофазного ИФА

Результаты: Всего обследовано 170 пациентов, средний возраст составил 40 лет, среди которых было 94(55%) мужчины и 76(45%) женщин. Качественным методом HBV ДНК выявлялась у 88 человек(51,5%). Количественным методом HBV ДНК определялась в концентрации >105 копий /мл у 38(22,2%) пациентов, >106 копий /мл у 15(8,8%), >107 копий /мл у 11(6,4%) и 108 копий /мл у 7(4,1%). У 13 пациентов (7,5%) определялся HbeAg – 8(62,5%) женщин и 5(37,5%) мужчин. Повышенный уровень АЛТ (более 50 Ед/л) определялся у 48(28,2%) человек. У пациентов с положительным HbeAg повышенный уровень АЛТ наблюдался у 9(66,7%), а с отрицательным HbeAg – у 26 (16,7%). У 27 пациентов (15,8%) наблюдалась совокупность показателей (HbsAg>6 месяцев, HBV ДНК>105 копий /мл, повышение АЛТ >50 Ед/л) характерных для хронического активного вирусного гепатита В.

Вывод: Более половины обследованных HbsAg – носителей находится в группе риска по развитию хронического вирусного гепатита, причем у 15,8% можно говорить о развитии хронического активного вирусного гепатита В и необходимости проведения противовирусной терапии.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО КАНДИДОЗА БОЛЬНЫХ ВИЧ/СПИДОМ

Пулатов М.Э., Каюмов А.М

Кафедра инфекционные болезни

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность: ВИЧ – инфекция является хроническом инфекционном заболеванием с контактным механизмом передачи возбудителя, которая характеризуется прогрессирующим поражением иммунной системы, приводящим к развитию синдрома приобретенного иммунодефицита(СПИД) и смерти от оппортунистических заболеваний. У больных СПИДом нередко встречаются кандидозное поражение в виде беловатых творожистых наложений на языке, миндалинах и других участках слизистой оболочки полости рта.

Цель: Оценка и сравнения эффективности фунгицидной терапии при кандидозной инфекции больных ВИЧ-СПИДОМ.

Методы исследования: Было проведено исследование эффективности фунгицидной терапии у ВИЧ-инфицированных лиц и больных СПИДОМ, обратившихся медицинской помощью по поводу кандидоза полости рта. В исследование было включено 32 пациента: 10 (31,2%) женщин и 22 (68,8%) мужчин в возрасте от 18 до 45 лет. Критерии диагностики кандидоза – клиническое. Терапия кандидозной инфекции проводилась нистатином, кетоконазолом и флуконазолом.

Результаты: Обследованные больные часто жаловались поражением слизистой оболочки ротовой полости различной локализацией. Клинические формы имели следующую структуру: эритематоз – 28%, глоссит – 52%, ангулярный хейлит – 12%, эрозивный стоматит-8%. Выраженные изменения отмечались при снижении количества количества CD4 клеток ниже 200/мм.куб. Лечение было эффективным в подавляющем числе случаев и не имело побочных явлений. Эффективность лечения с учетом фунгицидной терапии составило: нистатин – 6, кетоконазол – 11, флуконазол – 15.

Выводы: **Результаты** исследования свидетельствует о высокой эффективности фунгицидных препаратов, которые используются в современной практике лечения вторичных микозов при ВИЧ-инфекции. В настоящий момент антимикотическая терапия при ВИЧ-инфекциях не представляет определённых затруднений, исключая случаи фатальной абсолютной иммунодепрессии.



ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ

Пулотжонов М.М., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Жалилов А.Х., Абдуллаева М.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский

центр педиатрии

Самаркандский государственный медицинский институт, кафедра пропедевтики

детских болезней

Актуальность. Острый бронхолит чаще всего развивается у детей первых 2–3 лет жизни и является в этой возрастной группе едва ли не самой тяжелой инфекцией (преимущественно вирусной) верхних и нижних дыхательных путей с вероятными неблагоприятными исходами непосредственно в период острого воспаления и нередким развитием бронхиальной астмы в отдаленном периоде. После перенесенного острого бронхолита у детей на фоне последующих ОРВИ чаще развивается бронхообструктивный синдром и повышен риск бронхиальной астмы в дальнейшем. Однако в доступной медицинской литературе не найдено научных работ, в которых приводилось бы комплексное определение клинико-биохимических исследований модифицирующих течение и прогноз заболевания.

Цель исследования. Изучить особенности клинико-биохимических аспектов острого бронхолита у детей и выделить факторы вероятности их развития.

Материал и методы. В исследование включено 110 больных с острым бронхолитом (ОБ) раннего возраста. В процессе выполнения работы использованы общеклинические и биохимические методы исследования. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты исследования. Анализ анамнестических данных у больных с острым бронхолитом, показал факторы риска, которые встречались у них наиболее часто: недоношенность выявлены 35,6% случаев, фактор пассивного курения в семье влияет как на беременную, так и на ребенка в группе детей с ОБ составляло значительные показатели – 51,1% случаев. При обследовании ребенка с ОБ выявлялись такие сопутствующие заболевания как конъюнктивит, фарингит, отит. Наиболее часто из перечисленных заболеваний выявлялся острый средний отит в 22,2% случаев. При поступлении в стационар основными жалобами родителей детей, больных с ОБ, были кашель у 100,0%, одышка – у 100,0%, повышение температуры тела – у 42,2% детей, снижение аппетита – у 91,1%, бледность – у 84,4%, сухость кожных покровов – 33,3% и мраморность – 6,6%. На рентгенограмме органов грудной клетки у больных детей с острым бронхолитом часто была выявлена повышение воздушности легочных полей, перибронхиальная инфильтрация, ателектаз. Анализ клинических проявлений ОБ показал, что температурная реакция разной степени наблюдалась у 42,2% детей и чаще была субфебрильная, повышение температуры тела до 37°C отмечалось в 31,6% случаев, у 68,4% детей – до 37-38°C. **Результаты** изучения показателей АОС в сыворотке крови



больных с ОБ отмечается достоверное снижение уровня СОД по отношению к группе контроля ($p < 0,001$). Активность каталазы в сыворотке крови больных детей снижалась и составляла $8,9 \pm 0,4$ мкмоль/мин•мг белка по отношению к группе контроля ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что острым бронхолитом чаще болеют дети первых трех месяцев жизни, факторами риска в основном являются дети, рожденные раньше срока гестации, пассивное курение и дети, находящиеся на искусственном вскармливании. Острый бронхолит у детей часто протекает на фоне сопутствующей патологии. Для острого бронхолита у детей характерны определенные клинические проявления, что важно учитывать в клинической практике. Проведенные биохимические исследования установили существенную патогенетическую роль нарушения антиоксидантной функции в организме при остром бронхолите у детей, и использование данных параметров позволит своевременно вносить необходимую коррекцию в лечение данной группы больных.

ПИТАНИЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Раджабов З.Н.

Самаркандский государственный медицинский Университет, Самарканд, Узбекистан

"Наша пища должна быть нашим лекарством, а наше лекарство должно быть нашей пищей",
Гиппократ.

Цель: Основная **Цель** всех ограничений – снижение риска развития ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета.

Материалы и методы: Имеет значение температура пищи, она должна быть не слишком горячей и не слишком холодной.

Полученные **Результаты:** Пожилые люди - 65 лет и старше - более уязвимы к дефициту питательных веществ, и проблемы с питанием среди них более распространены.

Выводы: Вредные привычки и неправильное питание имеют накопительный эффект. Продукты, которые вы потребляете в молодые годы, будут влиять на ваше здоровье с возрастом, начиная с детства и заканчивая более поздними этапами жизни. В результате хорошее питание сегодня означает оптимальное здоровье завтра. Поэтому лучше всего начинать делать здоровый выбор с раннего возраста и поддерживать его по мере взросления.

Питание в пожилом возрасте

Полноценное питание, особенно в пожилом возрасте, способствует сохранению здоровья и уменьшению возникновения хронических заболеваний, способствует бодрости в



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



повседневной деятельности, бодрости и настроению, помогает поддерживать функциональную самостоятельность.

Пожилые люди - 65 лет и старше - более уязвимы к дефициту питательных веществ, и проблемы с питанием среди них более распространены.

Группы продуктов:

Вода – вода является основным компонентом нашего тела. Вода присутствует в нашей еде и напитках. Самый рекомендуемый напиток - вода! Важно пить воду вовремя и между приемами пищи. Вода, в основном водопроводная, также содержит важные для организма минералы, например, кальций, магний и фтор.

Зерновые - это первая группа, которую приходится есть в относительно большом количестве. Зерновые - это продукты, содержащие в основном крахмал (углеводы) и определенное количество белков. Например, хлеб, макароны, картофель, овёс, кукуруза, пшеница, крупы, гречка, рис, утренние хлопья. Большинство продуктов этой группы также содержат клетчатку (особенно когда их едят из **Цельного зерна**), витамины и минералы.

Овощи и фрукты – овощи и фрукты содержат углеводы (сахара), воду, клетчатку, витамины и минералы. Например, овощи и фрукты, богатые витамином С: капуста, помидор, перец, салат, цитрусовые, киви, дыня, клубника. Желательно как можно больше есть неочищенных овощей и фруктов. В каждый прием пищи рекомендуется включать овощи и фрукты разных цветов. Овощи содержат меньше сахара и калорий по сравнению с фруктами; поэтому рекомендуется выдерживать соотношение 2/3 овощей и 1/3 фруктов.

Продукты, богатые белком – в эту группу входят мясные продукты (источник железа), молочные продукты (источник кальция), яйца и бобовые (источник железа и кальция). Группа обеспечивает другими компонентами: цинк, витамин В12 – в продуктах животного происхождения, клетчатка – в бобовых, Омега 3 – в рыбе. Рекомендуется разнообразить и есть продукты животного происхождения (мясо, курица, рыба, молоко, яйца) и растительные продукты (бобовые, такие как чечевица, фасоль, перенгой). Рекомендуется употреблять нежирные продукты: сыры до 5%, молоко и йогурт 1-3%, нежирные мясные продукты без кожи.

- Продукты, богатые маслом – в эту группу продуктов входят такие продукты, как масло, авокадо, майонез, орехи, миндаль, оливки, маргарин, сливочное масло. Эти продукты важны для здоровья, но организм нуждается в них в умеренных количествах. Из этой группы рекомендуется употреблять продукты, богатые различными видами ненасыщенных жиров, например, растительные масла, вместо продуктов, богатых насыщенными жирами животного происхождения (например, сливочное масло) или растительных (например, твердый маргарин). Холестерин (животного происхождения) и транс-жиры (из обработанных пищевых продуктов) не рекомендуются.

- Сладости, закуски и сладкие напитки – в эту группу входят продукты, богатые жирами и сахаром, а часто и солью. Эти продукты не важны для физического здоровья и



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



питания, но связаны с пищевыми и культурными привычками. Эти продукты рекомендуется употреблять в умеренных количествах.

Принципы здорового питания

Разнообразьте свое питание - вы должны выбирать продукты из каждой из пяти групп. Также стоит выбирать в течение дня разнообразную пищу из каждой группы. Желательно, чтобы каждый прием пищи содержал продукты как минимум из трех пищевых групп.

Отдавайте предпочтение продуктам, содержащим клетчатку, например, **Цельно** зерновым, бобовым, овощам и фруктам.

Отдавайте предпочтение продуктам, которые содержат меньше соли, например, меньше порошковых супов и готовых соусов, меньше соленых сыров, меньше готовых блюд, меньше закусок и соленых семян.

Уменьшите потребление жиров - вместо них выбирайте постное молоко и мясные продукты и используйте меньше жира при приготовлении пищи.

Умеренно употребляйте продукты, богатые насыщенными жирами и транс жирами – пирожные, печенье, закуски, буреки, замороженные полуфабрикаты (например, шни **Цель**, малавах и т. д.), соусы.

Избегайте добавления сахара в пищу – в частности, держитесь подальше от подслащенных напитков.

Следует балансировать между потреблением калорий из источника пищи и сжиганием калорий с помощью физической активности, чтобы поддерживать здоровый вес.

Особые моменты для пожилых людей

Потребление следующих пищевых ингредиентов должно быть увеличено до рекомендуемой суточной нормы (включая витаминные добавки).

Количество пищевых ингредиентов, перечисленных ниже, относится к рекомендуемой суточной норме для пожилых людей, которые, как известно, не страдают от дефицита этих ингредиентов.

- Пищевые волокна – 21 г в день для женщин и 30 г в день для мужчин. Рекомендуемое количество можно потреблять с пищей, богатой клетчаткой, например, овощами и фруктами (неочищенными), **Цельно** зерновыми продуктами (**Цельно** зерновой хлеб, овсянка) и бобовыми.

- Кальций – 1200 мг в день: снабжение организма кальцием достигается за счет сочетания продуктов, богатых кальцием, таких как обезжиренные молочные продукты, сардины, утренние хлопья, обогащенные кальцием, вместе с добавками кальция. Добавки кальция необходимы, потому что обычно трудно обеспечить организм рекомендуемой суточной нормой кальция только с пищей.

- Витамин D - количество 800-1000 международных единиц в день: естественными источниками витамина D являются пищевые продукты, богатые витамином D (в основном, жирная рыба и обогащенные молочные продукты) и воздействие солнечных



ультрафиолетовых лучей. Однако у многих пожилых людей в Израиле (хотя Израиль — залитая солнцем страна) был обнаружен низкий уровень витамина D3. В связи с этим необходимая суточная доза витамина D составляет 800-1000 МЕ и основана в основном на приеме витамина D в виде пищевой добавки (в 1 мкг содержится 40 МЕ).

- Витамин B12 — количество 2,4 мкг в день (для здоровых взрослых и при нормальных условиях всасывания). Витамин B12 содержится в продуктах животного происхождения (таких как мясо, рыбные молочные продукты, яйца), в обогащенных продуктах (таких как некоторые утренние хлопья) или в виде пищевых добавок. Однако дефицит витамина B12 является распространенным явлением среди пожилых людей (до 20%); поэтому рекомендуется ежедневно принимать пищевую добавку 2,4 мкг. В случаях дефицита витамина B12 из-за затрудненного всасывания необходимо «обходить» пищеварительную систему и вводить витамин B12 в виде добавки 1000 мкг сублингвально или внутримышечно.

Питьевые жидкости

Важно пить много жидкости, предпочтительно воды, и свести к минимуму употребление подслащенных, газированных напитков и/или напитков, содержащих кофеин. Также важно ограничить употребление алкогольных напитков (можно умеренное количество красного вина). Желаемое количество жидкости составляет около 8 чашек в день в течение дня (когда часть жидкости можно употреблять в пищу, например, в супе) и большее количество в жаркую погоду или во время напряженной работы.

Для лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми: обязательно обращайтесь внимание пожилых людей на важность употребления жидкости, поскольку они, как правило, пьют очень мало по разным причинам, таким как снижение чувства жажды, воздействие лекарств, трудности с доступом к напиткам или добираться до туалета и многое другое. Недостаточное питье может вызвать, среди прочего, низкое кровяное давление (и увеличить риск падения), запоры, нарушить эффективное функционирование почек, ухудшить терморегуляцию тела (эффективность которой снижается в этом возрасте) и увеличить риск обезвоживания. Этот риск еще более возрастает во время острого заболевания, в том числе лихорадочного заболевания, или при «волне жары» (по крайней мере, 3 дня непрерывной высокой температуры) или в случае диареи.

Обязательно ешьте не менее трех раз в день

Было обнаружено, что пропуск приема пищи является фактором риска недоедания среди пожилых людей. Следует следить за тем, чтобы не пропускать завтрак, который прерывает ночной пост и предотвращает чувство голода и неконтролируемого приема пищи в течение дня.

Долголетие и питание

Вредные привычки и неправильное питание имеют накопительный эффект. Продукты, которые вы потребляете в молодые годы, будут влиять на ваше здоровье с возрастом, начиная с детства и заканчивая более поздними этапами жизни. В результате хорошее питание сегодня означает оптимальное здоровье завтра. Поэтому лучше всего начинать



делать здоровый выбор с раннего возраста и поддерживать его по мере взросления. Тем не менее, исследования показывают, что правильный выбор питания в более позднем возрасте, в возрасте 40, 50 и даже 60 лет, может помочь снизить риск хронических заболеваний по мере взросления.

Даже если в прошлом выбор питания и образа жизни не соответствовал рекомендациям по питанию, пожилые люди все равно могут многое сделать для снижения риска инвалидности и хронических заболеваний. Есть ряд изменений, которые могут осуществить взрослые среднего возраста, даже после многих лет нездорового выбора. Выбор включает в себя употребление большего количества темных, зеленых, листовых овощей, выбор нежирных источников белка, таких как нежирное мясо, птица, рыба, бобы и орехи, а также умеренную физическую активность в течение не менее тридцати минут в день, несколько дней в неделю. Полученные улучшения будут иметь большое значение для обеспечения большей защиты от падений и переломов, а также для предотвращения сердечно-сосудистых заболеваний и гипертонии среди других хронических заболеваний.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ У ДЕТЕЙ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Ражабова Б.

Научный руководитель: асс.Машарипова Р.Т.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования— анализ структуры и особенностей клиники головных болей у детей с 10 до 15 лет и в регионе Приаралья.

Материалы методы:Методом сплошного исследования прианализированы 131 история болезни детей с различными видами головных болей

Результаты и обсуждение. Головные боли напряжения была диагностированы у 23 детей, головные боли на фоне дисфункции вегетативной нервной системы- у 30, мигреноподобные головные боли-у 5. Из анамнеза выявлена чёткая связь у учебной отмечена у 30 детей. Клинические особенности: по распространенности в течение дня преобладали головные боли, возникающие днем- 42,4 % и вечером -25,4%, утром головную боль отмечало 15,3% детей , ночью- 1,7%. По частоте: еженедельные головные боли отмечали -46% детей, ежедневные – 29%, ежемесячные-10%,затруднились ответить- 15 %. По длительности головных болей до 1 года ,преобладают детей 10 лет, до 3 лет также детей 10 лет, стаж головных болей у детей 12-14 лет соответствовал их дебют в 9-10 лет, что может быть связано с возрастающей школьной нагрузкой в среднем звене. Симптомы сопровождающие головную боль головокружение – 40 %, тошнота 32 %,рвота 28%, светобоязнь 5%, звукобоязнь1,7%. По локализации головной боли лобная область 42%, затылочная 46%, височная 12%, теменная 12%, диффузная 12%,не указано 12%. По характеру головной боли:не смогли описать -51%, давящий характер -22%.ноющий -



12%, пульсирующий – 10 %, сжимающий – 5 %. Употребление лекарственных средств отмечалось у 22 детей, остальные препараты не употребляли. По результатам дополнительных исследований отмечались изменения при доплерографии экстракраниальных артерий – 54%, изменения на глазном дне – 54%

Выводы: Таким образом среди причин госпитализации детей 10-15 лет в стационар существенно преобладает головная боль. Выявлена четкая связь головных болей с учебной. Из клинических особенностей преобладает дневные, еженедельные головные с длительностью заболевания до 1 год детей, 37% употребляют лекарственные средства с **Целью** купирования головной боли. Преобладают головные боли на фоне дисфункции нервной системы.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЭНДЕМИЧНОГО ЗОБА

Раззаков Б.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Эндемический зоб - увеличение щитовидной железы, обусловленное дефицитом йода в данном регионе. Йод поступает в организм человека в основном с продуктами питания растительного и животного происхождения. Небольшая часть йода поступает в организм с водой и воздухом.

Йод используется для синтеза гормонов щитовидной железы. Дефицит йода приводит к развитию эндемического зоба. Эндемический зоб - это диффузное увеличение щитовидной железы, обусловленное дефицитом поступления в организм йода или другими зобогенными факторами.

Цель исследования. Определить характер морфологических изменений при эндемическом зобе и выявить критерии риска рецидивирования и дисплазии в Андижанской области.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 55 пациентов с эндемическим зобом, которым была сделана гистологическая биопсия для тестирования для выполнения этой задачи.

Результаты исследования. Промышленные (избыток соединений фтора, марганца, цианистого водорода и др.) и природные (дефицит йода и селена) факторы вызывают специфические структурные и функциональные изменения щитовидной железы, что требует ранней диагностики и дифференцированного лечения в зависимости от степени эколого-производственного воздействия.

У жительниц села типичная картина неконтролируемого йоддефицитного зоба характеризуется распространенной тиромегалией, частыми узловыми образованиями, раком щитовидной железы, гипотиреозом; при этом - низкий процент аутоиммунного тиреоидита.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Среди жительниц промышленного города, работа которых не связана с вредным производством, несмотря на легкий дефицит йода, проявления йоддефицитного состояния соответствуют средней степени тяжести; аутоиммунный тиреоидит - в 2 раза чаще, чем на селе за счет техногенных воздействий.

При одинаковых природных условиях у работниц промышленных предприятий черной и цветной металлургии частота заболеваний щитовидной железы значительно выше, чем в популяции городских жительниц (тиромегалия в 1,5-2 раза; узловые образования, рак щитовидной железы - в 3-4 раза; гипотиреоз - в 1,5 раза, аутоиммунный тиреоидит - в 2-3 раза). Частота патологии щитовидной железы зависит от стажа работы на вредном промышленном предприятии.

Специфическое биотропное воздействие профессионально-производственных токсикантов обеспечивает вариабельность патологии щитовидной железы: на алюминиевом заводе производственные соединения фтора приводят к частому аутоиммунному тиреоидиту и трийодтирониновому варианту гипотиреоза; на ферросплавном производстве техногенный избыток окислов марганца, азота, меди - к большей зобной трансформации, аутоиммунному тиреоидиту, гипотиреозу, ракам щитовидной железы.

Техногенная обусловленность аутоиммунного тиреоидита доказывается его широким распространением среди работниц заводов металлургического производства (в 2-3 раза чаще по сравнению с группой контроля и в 7 раз чаще по отношению к жительницам села) и зависимостью от стажа работы на данном предприятии.

Основным фактором риска формирования нарушений репродуктивного здоровья у жительниц йод- и селендефицитного региона является гипотиреоз и сопутствующая ему гиперпролактинемия.

Техногенные токсиканты при равных природных условиях усугубляют репродуктивные нарушения у работниц заводов: осложнения беременности (анемия беременной, поздний гестоз, внутриутробная гибель плода, угроза прерывания беременности) в 2 раза чаще, чем в контрольной группе и более чем в 3 раза - по сравнению с жительницами села; ранний климакс в 1,5 раза чаще при выраженных нейро-вегетативных и психо-эмоциональных нарушениях.

Учитывая, что 2-годичное применение программ дифференцированной коррекции тиреоидных нарушений в различных группах эколого-производственного риска способствует уменьшению размеров щитовидной железы, количества и размеров узловых образований, позитивным сдвигам в гормональной активности щитовидной железы, снижению риска нарушений репродуктивного здоровья; они могут быть рекомендованы для длительного использования.

Вывод. Результаты иммуногистохимических исследований Кь67, Р 53 и тиреоглобулина углубляют и расширяют представления о характере морфологических изменений при эндемическом зобе и могут быть использованы в фундаментальных патоморфологических исследованиях. Полученные данные об изменении параметров



областей ядрышковых организаторов могут быть использованы в качестве дополнительных критериев оценки пролиферативной активности тиреоцитов при различных формах эндемического зоба, для определения возможности рецидивирования и дисплазии.

Полученные данные могут быть использованы в практическом здравоохранении при исследовании операционного материала и интраоперационных биопсий щитовидной железы, что улучшит качество гистологической диагностики эндемического зоба и дисплазий.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ

Раззаков Б.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Тиреоидная патология сопровождается нарушениями выработки тиреоидных гормонов с развитием гипотиреоза или тиреотоксикоза.

Тиреотоксикоз - это синдром, наличие которого связано с повышенным содержанием тиреоидных гормонов в крови, что встречается при различных заболеваниях или экзогенном избыточном поступлении тиреоидных гормонов.

К тиреотоксикозу относятся такие состояния, при которых имеются клинические и биохимические проявления избыточного содержания тиреоидных гормонов в крови без учета генеза повышения их уровня.

Основными гормонами щитовидной железы являются тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3), которые оказывают разнообразное влияние на организм человека: ускоряют рост и развитие, стимулируют тканевое дыхание, активируют внутриклеточные процессы.

Гормоны щитовидной железы регулируют основной обмен веществ, расход белков, жиров и углеводов, запускают процессы фагоцитоза и иммуногенеза, участвуют в процессах терморегуляции, стимулируют органы кроветворения, усиливают потребление клетками и тканями кислорода, а также использование глюкозы в процессах глюконеогенеза, способствуют адаптации организма и регулируют приспособительные реакции

Цель исследования. Определить характер морфологических изменений в печени при экспериментальном тиреотоксикозе.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на белых крысах-самцах линии Вистар весом от 250 г до 300 г. Все крысы были половозрелые в возрасте 8-9 месяцев. Для проведения опытов отбирали здоровых крыс.

Результаты исследования. В щитовидных железах крыс при экспериментальном тиреотоксикозе развиваются выраженные дистрофические и атрофические изменения тиреоцитов, атрофия и деформация долек, диффузный интерстициальный отек,



разрастание соединительной ткани с развитием склероза и морфологической перестройкой структуры органа.

В печени лабораторных животных при экспериментальном тиреотоксикозе развиваются дистрофические, атрофические и деструктивные изменения гепатоцитов, диффузный интерстициальный отек, лимфоцитарная инфильтрация и фиброз стромы. Начальные признаки тиреотоксикоза наблюдаются на 14-е сутки, развернутая картина тиреотоксикоза развивается на 21-е сутки эксперимента.

При экспериментальном тиреотоксикозе выявлено повышение экспрессии протеина Кл-67 на 21-е сутки до 4-5% (контроль - 2-2,5) и снижение к концу эксперимента до 0,5-1,0%. Наибольший индекс пролиферации выявлен на 45-е сутки и составляет в основной группе 9-10 %.

При применении антиоксидантов степень и распространенность дистрофических и атрофических изменений в печени менее выражены. Выраженных деструктивных изменений не выявлено. Начальные признаки тиреотоксикоза появляются значительно позже на 28-е сутки, а развернутая картина - на 45-е сутки эксперимента. Репаративные процессы паренхимы и стромы происходят более интенсивно. Гепатопротекторное действие наиболее выражено при применении мексидола.

Показатели областей ядрышковых организаторов гепатоцитов при тиреотоксикозе увеличиваются от 1,8 (контроль) до 4,0 к 28-м суткам, к концу эксперимента понижается до 2,0. Общая площадь гранул увеличивается с 0,08 мкм (контроль) до 0,45 мкм к 28-м суткам.

Использование антиоксидантов у лабораторных животных при экспериментальном тиреотоксикозе оказывает гепатопротекторное действие, что позволяет предотвратить развитие тяжелых деструктивных изменений в печени и теоретически обосновать возможность применения антиоксидантов в комплексном лечении тиреотоксического поражения печени.

Вывод. На экспериментальном материале доказано протекторное действие антиоксиданта мексидола при тиреотоксическом повреждении печени. Полученные данные могут быть использованы для улучшения методов лечения и профилактики тиреотоксической гепатопатии.

Полученные сведения о характере структурных изменений щитовидной железы и печени при тиреотоксикозе могут быть использованы для научных целей, при чтении лекций и проведении практических занятий по патологической анатомии и эндокринологии, а также при составлении учебных и справочных пособий.

Данные иммуногистохимических исследований и показатели областей ядрышковых организаторов могут использоваться в качестве диагностических критериев для диагностики тиреотоксического повреждения печени.



ИССЛЕДОВАНИЕ РОСТА И РАЗВИТИЯ БИФИДОБАКТЕРИЙ

Раззаков Н.А., Отабекова М.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация. Актуальным вопросом стоящих перед клиницистами, является вопрос о том, как сохранить нормальную микрофлору человеческого организма. При этом необходимо изучить своевременную проблему медицины, такой как, синдром дисбактериоза. Пробиотики занимают одно из ведущих мест в коррекции дисбиотических нарушений микрофлоры кишечника. Микрофлора кишечника грудного ребенка почти на 90% состоит из бифидобактерий. По мере грудного вскармливания бифидофлора заменяется стандартной кишечной флорой, которая характерна для взрослых организмов и состоит из нескольких сотен видов бактерий. Микрофлора толстого кишечника включает как минимум от 400 до 500 различных видов бактерий, примерно 10¹⁴ клеток. Формирование состава кишечной микрофлоры происходит в детстве.

Целью нашего эксперимента была изучение жизнедеятельности, чувствительности и эффективности бифидобактерий в четырёх рН средах, которых имеющих в человеческом организме. Самой благоприятной средой оказалась слабощелочная среда (рН=7,4).

Экспериментальная часть. В качестве питательной среды для бифидобактерий приготовили бульон модифицированный с 0,1% агаром Bifidobacterium Broth (M1395A), а также Бифидум-среду для полного убеждения. Готовили среды по нормативному документу, изменили рН среду с помощью щелочи (NaOH) и кислоты (HCl) измеряли среду с многопеременным индикатором (ГОСТ ISO 11140-1). Налили в лошадиные пробирки (20мл). Отправили для полной стерилизации в автоклав (стерилизатор паровой вк-1501) на 30 минут. Мы исследовали рост и развитие Bifidobacterium bifidum, Bifidobacterium longum, Bifidobacterium infantis в четырёх средах.

Заклучения. В кислой среде бифидобактерии критически уменьшает рост. При этом можно узнать отрицательное действие желудочного сока на развитие пробиотиков. Нами изученной в щелочной среде, также можем узнать негативное влияние среды.

Результаты нашего исследования на чувствительности, роста и развития Bifidobacterium bifidum, Bifidobacterium longum, Bifidobacterium infantis приведено ниже в таблице.

№	рН среды	Чувствительность и эффективность КОЕ/(мл)
1	1,6	3,6x10 ⁵
2	6,8	3,5 x10 ⁸
3	7,4	3,8 x10 ⁸
4	8,2	8,2x10 ⁶

Оптимальными средами для жизнедеятельности и увеличения пробиотиков являются нейтральные и слабощелочные среды. Изучена выживаемость бифидобактерий



, составляющих основу пробиотических препаратов в условиях *in vitro*. С помощью этих данных можем узнать влияние pH среды человеческого организма на жизнедеятельность бифидобактерий. Проведенные испытания показали негативное влияние желудочного сока (pH=1,5-2) и оптимальность среды двенадцатиперстной кишки (pH=5,6-7,9).

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Райимов Г.Н.1, Салохиддинов Н.А.2, Соткинов Г.2, Раззаков Ш.1
1-Ферганский медицинский институт общественного здоровья
2-Ферганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Перфоративные гастродуоденальные язвы развиваются у 2% – 10% больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Заболеваемость перфоративными язвами за последний десятилетний период снизилась с 24,0% до 16,7% на 100 тысяч населения. Это объясняется возросшей эффективностью современных медикаментозных противоязвенных препаратов. Однако, **Результаты** хирургического лечения в этой сложной категории вызывают обеспокоенность у большинства хирургов. Так послеоперационная летальность при перфоративных гастродуоденальных язвах по данным И.К. Попандопуло и соавт. Составляет от 1,49% до 29,07%, а при поступлении больных на лечение в стационар позже 24 часов этот показатель достигал 100%. Послеоперационная летальность составила 12,6%, а при поступлении пациентов в стационар позже 24 часов – 28,5%. Выбор наиболее рационального метода хирургического пособия при оперативном лечении перфоративной гастродуоденальной язвы является одним из актуальных вопросов настоящего времени.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Выполнить ретроспективный сравнительный анализ результатов хирургических методов лечения перфоративных гастродуоденальных язв.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Выполнен ретроспективный анализ 560 историй болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении 1-экстренной абдоминальной хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП с 2015г. по 2022г. по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при этом количество пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами составило 150 (26,8%). Мужчин было 455 (81,2%), женщин – 105 (18,8%). Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки составляла 105 (70% из общего числа пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами) случаев, из них 80 (53,3%) приходилось на острую язву и 25 (46,7%) – на хроническую язву. Перфоративная язва желудка составляла 45 (30% из общего числа пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами) случаев, из них острая язва – 28 (18,7%), а хроническая язва – 17 (11,3%).



РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. При анализе сроков доставки 150 больных в стационар было установлено, что до 24 часов поступило 66 (44%) больных, позже 24 часов – 84 (66%). Основным хирургическим методом лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки являлось ушивание и иссечение язвы – 147 случаев (98%), из них 114 (76%) выполнено лапаротомным доступом, 33 (24%) – лапароскопическим. К вопросу иссекать или не иссекать язву перед ушиванием подходили индивидуально. Если во время операции язва расценивалась как острая, то она ушивалась без иссечения. При лапаротомном доступе язва ушивалась отдельными серозно-мышечными швами. В связи с успехами современного медикаментозного лечения язвенной болезни, выполнение различных хирургических видов ваготомий не производилось. При лапароскопическом ушивании перфоративной язвы выполнялось наложение нескольких серозно-мышечных швов с последующей фиксацией к линии швов пряди большого сальника. При лапаротомном и лапароскопическом доступах после ушивания перфоративного отверстия производилась санация брюшной полости водным раствором антисептика и ее дренирование двумя полихлорвиниловыми трубками: одна подводилась к месту ушивания язвы, вторая устанавливалась в полость малого таза. При лапаротомном доступе летальность составила 5,8%, умерших больных после операций, выполненных лапароскопическим путем не было. Летальность среди пациентов, поступивших в стационар после 24 часов, составила 13,1%. Показаниями для выполнения резекции желудка было подозрение на малигнизацию язвы и декомпенсированный стеноз пилородуоденальной зоны.

ВЫВОДЫ. Таким образом, улучшение результатов хирургического лечения прободных гастродуоденальных язв может быть достигнуто при своевременно выполненном оперативном вмешательстве, в сроки поступления в стационар до 24 часов от начала заболевания. Выбор метода оперативного пособия должен в каждом конкретном случае быть индивидуальным. Наилучшие **Результаты** могут быть получены при ушивании и иссечении прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, причем это пособие целесообразно выполнять лапароскопическим доступом.

К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДПК

Райимов Г.Н.1, Холмухамедов Ж.Р.1, Тиллаболдиев А.Р.2, Дехконов Ш.Ш.2

1-Ферганский медицинский институт общественного здоровья

2-Ферганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Тяжелое, угрожающее жизни осложнение - перфорация - занимает ведущие позиции в структуре летальности при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК). Количество операций на протяжении последних



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



десятилетий сохраняется на уровне 7,5- 13,0 на 100 000 человек, а летальность уже многие годы составляет от 5 до 17.9%. (Ю.М. Панцырев и соавт., 2004).

Цель: определение показаний к выбору способа оперативного вмешательства перфоративных язв двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы: Ретроспективно нами были проанализированы 100 историй болезней пациентов, оперированных по поводу перфоративной язвы ДПК в отделении 1-экстренной абдоминальной хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП в период с 2020 по 2022гг. Среди них было 73 мужчины (73%) и 27 женщин (27%). Средний возраст больных составил $46,3 \pm 3.48$ лет. Сроки от начала заболевания до операции составили: менее 6 часов- 40 пациентов (40%), 7- 24 часов- 38 больных (38%), более 24 часов- 22 (22%). У 37 пациентов (37%) констатирован гнойно-фибринозный перитонит, у 63 больного (63%) – серозно- фибринозный. При выборе способа операции учитывались локализация язвы, наличие перифокального инфильтрата и других осложнений язвенной болезни.

Результаты: Произведено сравнение результатов резекционных способов операций и пилоропластик. В первую группу вошли больные, которым выполнена резекция 2/3 желудка по Б-1- 12 пациентов (12%); в послеоперационном периоде: осложнения в виде несостоятельности швов возникли у 4 пациентов после Б-1- 33%, умерло 3 больных - 50%. Вторую группу составили больные (88) после пилороластики по Джадду со стволовой ваготомией – 55 (55%), без стволовой ваготомии – 30 (30%); ушивания перфорации- 3 (3%); в послеоперационном периоде: осложнения в виде несостоятельности швов возникли у 2 пациентов после пилороластики – 2%, умерло 2 больных (2%). Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу и выраженности перитонита. В первой группе больных послеоперационный период в среднем составил 19.8 ± 0.33 суток, во второй - 10.1 ± 1.7 суток.

Выводы: Таким образом, пилороластика по Джадду дает лучшие ближайшие **Результаты** по сравнению с резекцией желудка и может считаться операцией выбора при перфорации язвы ДПК.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.

Райимов Г.Н., Холмухамедов Ж.Р.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность. Встречаемость острого аппендицита в странах Европы и США составляет 5,7-50 человек на 100 тыс. Среди используемых доступов к червеобразному отростку лапароскопия составила 25,1%, и частота применения лапароскопии увеличивается ежегодно во всех регионах Узбекистана. Данное обстоятельство связано с теми преимуществами, которыми обладает данный доступ: обзор и диагностика органов



брюшной полости, малая травматичность и, как следствие, меньший болевой синдром и снижение инфекционных осложнений со стороны раны. Все это важно так как под маской острого аппендицита могут скрываться многие гинекологические заболевания, заболевания тонкой и толстой кишки. Диагностика острого аппендицита может быть затруднена у пациентов пожилого возраста, беременных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить эффективность лапароскопии в дифференциальной диагностике острого аппендицита.

МЕТОДЫ. Работа основана на клинических наблюдениях и ретроспективном анализе историй болезней пациентов, госпитализированных в отделение 1-экстренной абдоминальной хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП с предварительным диагнозом острый аппендицит в период с октября 2019 по январь 2022 г. В количестве 379 человек, мужчин и женщин. Возраст больных составил от 18 до 84 лет. Преобладающая группа пациентов от 21-35 лет. Все больные были обследованы в объеме: физикальное обследование, лабораторная диагностика (ОАК, БХ крови, ОАМ), ультразвуковая диагностика.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. У 121 пациента (32%) был подтвержден диагноз острый аппендицит после дообследования, всем была выполнена диагностическая лапароскопия и аппендэктомия. У 258 пациентов (68%) диагноз острый аппендицит не был подтвержден клинически, инструментально и лабораторно. Однако, у 76 пациентов (20%) или высокий лейкоцитоз (25 пациента – 7%), или симптомы раздражения брюшины (19 пациентов – 5%), а у оставшихся 32 пациентов – некупируемый болевой синдром (8%) явились причиной для выполнения диагностической лапароскопии. Среди них у 42 пациентов (11%) было обнаружено воспаление червеобразного отростка и проведена лапароскопическая аппендэктомия. Среди оставшихся 24 пациентов (9%) интраоперационно выявлено: у 2 пациентов – цистаденома, 1 – миома матки, 1 – перекрут гидросальпинкса, у 3 – апоплексия яичника, 1 – пиосальпинкс, 1 – брюшная беременность, 1 – трубная беременность, 1 – трубный аборт, у 4 – энтероколит и мезаденит, у 5 – кишечная колика, 1 – дивертикулит Меккеля, 2 – перекрут и некроз жирового подвеса восходящей ободочной кишки, 1 – ЗНО слепой кишки. Больные оперированы через 2-7 часов с момента первичного осмотра в приемном отделении. Анализ результатов показал, что у 32% больных клинический диагноз острый аппендицит был подтвержден на лапароскопии. Ещё у 11% – установлен интраоперационно. У 9% больных обнаружено другое острое заболевание органов брюшной полости и малого таза.

ВЫВОДЫ. Таким образом, благодаря лапароскопическому доступу у 9% обратившихся пациентов с предварительным диагнозом острый аппендицит и клиникой острого живота установлен верный диагноз и проведено миниинвазивное лечение без диагностических лапаротомий, что уменьшило травматичность операции и способствовало быстрой реабилитации пациентов.



ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ.

Райимов Г.Н.1, Холмухамедов Ж.Р.1, Рахматов Д.Р.2, Холматов К.К.2

1-Ферганский медицинский институт общественного здоровья

2-Ферганский филиал РНЦЭМП

Актуальность проблемы острого панкреатита (ОП) обусловлена продолжающимся неуклонным ростом заболеваемости, составляющим 35–38 случаев на 100 000 населения или 5–10 % от общего числа пациентов хирургического профиля и уступающим по частоте лишь острому аппендициту и холециститу. У 15–20 % больных ОП носит тяжелый деструктивный характер, сопровождается различными осложнениями, которые являются основой летальных исходов. Так, летальность при панкреонекрозе (ПН) составляет 25–70 % и в 80–90 % обусловлена инфицированием очагов деструкции. При этом течение процесса зачастую сопровождается присоединением сепсиса и септических синдромов. До сих пор остаются спорными вопросы о критериях эффективности консервативной терапии, сроках и объемах хирургического вмешательства.

Цель. Анализ хирургической тактики лечения больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) по материалам отделения 1-экстренной абдоминальной хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах анализа историй болезни 99 пациентов с ОДП, госпитализированных в отделения 1-экстренной абдоминальной хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП с 2020 по 2022 гг.

Результаты. Средний возраст составил $49 \pm 12,6$ лет. Мужчин было 63 человек, женщин – 36. Билиарный панкреатит развился у 46, алкогольный – у 29, посттравматический – у 10, послеоперационный – у 4, идиопатический – у 7. Распределение пациентов по степени тяжести (шкала Ranson): средняя степень тяжести (3-4 признака) – 24 человека (40,6%); тяжелое течение (5-6 признаков) – 20 человек (34%); крайне тяжелое течение (> 6 признаков) – 15 человек (25,4%). Все больные оперированы «открытым» способом: выполнены абдоминализация поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки сквозным дренажом с

Целью удаления секвестров и детрита; формирование бурсостомы; санация и дренирование брюшной полости. Во время лапаротомии 25 больным удален желчный пузырь по поводу калькулезного холецистита с последующим наружным дренированием общего желчного протока. У 35 больных инфицированный панкреонекроз сочетался с панкреатогенным абсцессом. Внутрибрюшные осложнения были представлены гнойным (у 20) и ферментативным (у 13) перитонитом, аррозивным кровотечением у 14 больных. У 22 пациентов сформировался панкреатический свищ. Среди внебрюшных осложнений преобладал абдоминальный сепсис у 67 и полиорганная недостаточность (ПОН) у 45 больных. Флегмона забрюшинной клетчатки развилась у 37 пациентов. Летальность составила 26%. Непосредственными причинами летального исхода были абдоминальный



сепсис у 20 человек, ПОН – 22 пациентов, а также ДВС синдром у 11. В структуре ПОН преобладали печеночно-почечная, дыхательная, сердечно-сосудистая и церебральная недостаточность.

Выводы. Таким образом, инфицированный панкреонекроз служит абсолютным показанием к оперативному лечению. Объем оперативного вмешательства определяется на основании данных КТ при поступлении и в динамике, и окончательно решается интраоперационно. Оптимальные сроки хирургического вмешательства должны определяться индивидуально для каждого больного ОДП с обязательным учетом времени от начала заболевания, осложнений и эндогенной интоксикации.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

Райимов Г.Н.1, Соткинов Г.2, Тиллаболдиев А.Р.2, Дехконов Ш.Ш.2

1-Ферганский медицинский институт общественного здоровья

2-Ферганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Острый мезентериальный артериальный тромбоз (ОМА) является тяжелым заболеванием с летальностью более 90%, которая не имеет тенденции к снижению, а улучшение результатов его хирургического лечения в основном зависит от быстрого распознавания болезни и проведения ранней операции, направленной на восстановление магистрального кровотока по брыжеечным сосудам. Среди методов диагностики наибольшей чувствительностью и специфичностью обладает КТ-ангиография. Чувствительность ультразвукового метода в настоящее время не превышает 60%, в связи с чем он не получил достаточного распространения в диагностике острого мезентериального тромбоза. В то же время ультразвуковое исследование может быть выполнено в кратчайшие сроки после поступления пациента, а принятие решения о необходимости проведения КТ-ангиографии и подготовка к ней значительно увеличивает сроки диагностического этапа, что увеличивает вероятность развития необратимых изменений в стенке кишки. Это определяет **Актуальность** разработки дополнительных ультразвуковых диагностических критериев острого мезентериального тромбоза.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Уточнить эхографические признаки сосудов острого мезентериального тромбоза в ургентной хирургии органов брюшной полости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ретроспективно проанализированы **Результаты** 51 ультразвукового исследования органов брюшной полости у больных с доказанным впоследствии острого мезентериального тромбоза. Исследование проводили аппаратом «Аloка» с использованием конвексного датчика 3,5-5 МГц. Средний возраст больных составил $67 \pm 6,7$ лет. Помимо качественных признаков анализировались количественные показатели индекса резистентности (RI) и индекса периферического сопротивления (PI).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Для проведения сравнительной оценки изменений показателей мы провели их определение у 15 пациентов без мезентериального тромбоза в возрасте от 65 до 75 лет (в среднем $63,1 \pm 4,3$ года). Показатели RI составили $0,85 \pm 0,03$, PI – $2,53 \pm 0,12$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Все обнаруженные эхографические признаки были условно разделены на 3 группы. В первую вошли прямые признаки, к которым относились отсутствие кровотока по верхней брыжеечной артерии и визуализация тромботических масс в ее просвете. Вторую группу составили не прямые признаки мезентериального тромбоза, которые включали изменения стенки кишки, признаки динамической кишечной непроходимости и изменения брыжейки. Изменения стенки кишки были представлены в виде ее утолщения до 7 мм, инфильтрации с участками гиперэхогенности или слоистости кишечной стенки, а также отсутствие складок и затруднения визуализации слизистой оболочки. Признаки динамической кишечной непроходимости определялись в виде расширения просвета тонкой кишки более 3 см, наличия «мятничкообразной» перистальтики в просвете тонкой кишки и визуализаций тонкой кишки в виде лентовидных полос без признаков перистальтики. Изменения брыжейки характеризовались наличием зон повышенной эхогенности без дифференцировки сосудистой сети. В третью группу вошли изменения скоростных показателей. Прямые сонографические признаки ОМТ в виде наличия тромботических масс и отсутствия кровотока в просвете верхней брыжеечной артерии обнаружены лишь у 14 (27,5%) пациентов. В остальных случаях визуализация основного ствола верхней брыжеечной была затруднена в связи с выраженными признаками энтеростаза. На основании данных ультразвукового исследования показания к оперативному лечению установлены у 6 (11,8%) больных. В 5 (15,7%) случаях дополнительно была выполнена КТ-ангиография, которая подтвердила диагноз, установленный при сонографии. Средние сроки от момента поступления до операции у больных без проведения дополнительного КТ-исследования составила $2,3 \pm 0,7$, а при проведении дополнительного КТ-исследования – $4,5 \pm 0,6$ часа. Не прямые или косвенные признаки острого мезентериального тромбоза в виде изменения ЭХО-структуры кишечной стенки были выявлены у 33 (64,7%) больных. Признаки динамической кишечной непроходимости определялись в 44 (86,3%) наблюдениях, а изменения брыжейки у 17 (33,3%) пациентов. Помимо этого, в группу не прямых признаков мы включили наличие выпота в брюшной полости, расположенного между петлями тонкой кишки, в объеме от 500 до 1000 мл, который визуализировался у 47 (92,2%) больных. У 45 (88,2%) пациентов зафиксировано значительное увеличение RI до $0,92 \pm 0,03$ и PI до $2,93 \pm 0,04$. Различные варианты сочетания косвенных признаков с изменениями скоростных показателей зафиксированы у 50 (98%) больных с ОМТ. Полученные данные обработаны с применением дискриминационного анализа. В результате была создана прогностическая таблица вероятности наличия острого артериального мезентериального тромбоза на основании не прямых эхографических признаков. При сочетании 3 и более косвенных признаков с изменениями показателей кровотока, вероятность наличия мезентериального тромбоза может составить 85%. Это



позволит поставить вопрос о выполнении КТ-ангиографии на ранних диагностических этапах, сократить время обследования и ускорить установление диагноза, что приведет к улучшению результатов хирургического лечения этой тяжелой категории больных.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что косвенные ультразвуковые признаки острого мезентериального тромбоза должны учитываться при обследовании пациентов с подозрением на нарушения мезентериального кровообращения.

ВЛИЯНИЕ ИМБИРА НА КЛЕТЧНОСТЬ ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОБЛУЧЕНИЕ С ТИПОМ АЦЕТИЛИРОВАНИЯ

Расулов У.М.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Цель работы: Изучение влияние растительного препарата имбиря на клеточность органов иммунной системы при облучение с типом ацетилирования.

Материалы и методы исследования. Тип ацетилирования установили по активности фермента N- ацетилтрансферзы по методу Л.Н.Буловской. В серии опыта после определения тип ацетилирования лабораторных животных облучали рентгеновскими лучами в дозе 5 Грей. Спустя 5 дней животных иммунизировали оптимальной дозой ЭБ – 2×10^8 /мл. На 5-е сутки после иммунизации определяли ядродержащие клетки центральных органов иммунной системы (костного мозга, тимуса) и периферических органов иммунной системы (брыжеечных лимфатических узлов). Имбирь разводили дистиллированной водой и вводили однократно внутривентриально в дозе 0,25 мл/кг 0,5 мл вместе с ЭБ. Для сравнения имбиря в определённые группы водили иммуномодулятор иммуномодулин в дозе 0,01 мл/кг.

Полученные Результаты и обсуждения. Установлено что, у мышей медленных ацетиляторов (МА) контрольной группы ядродержащие клетки костного мозга (ЯСККМ) составляет $169,4 \pm 2,2 \times 10^6$ /мл. Облучение в дозе 5 Грей у животных контрольной группы с МА способствует достоверному снижению ЯСККМ в 1,9 раза. Инъекция имбиря в дозе 0,25 мл/кг с вторичным иммунодефицитным состоянием у животных с МА достоверно повышает число ЯСККМ в 1,6 раза.

Введение иммуномодулина в дозе 0,01 мл/кг иммунодефицитным животным с МА стимулирует число ЯСККМ в 1,2 раза.

При проведение эксперимента нами установлено, что у животных быстрых ацетиляторов (БА) контрольной группы ЯСККМ составляет $119,8 \pm 1,6 \times 10^6$ /мл. Рентгеновские лучи у животных с БА достоверно снижает количество ЯСККМ в 2,5 раза к эритроцитам барана.

Однократное внутривентриальное **Введение** имбиря иммунодефицитным животным с



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



БА восстанавливает количество ядродержащих клеток костного мозга. **Введение** иммуномодулина облученным мышам с БА увеличивает ЯСКМ в 1,4 раза. Установлено, что ядродержащие клетки тимуса (ЯСКТ) у интактных животных с МА составляет $148,8 \pm 2,8 \times 10^6$ /мл. Рентгеновские лучи животным с МА достоверно снижает ЯСКТ в 3,2 раза по сравнению контрольной группы с МА. **Введение** имбиря в дозе 0,25 мл/кг этот показатель достоверно увеличивается 2,7 раза ($128,8 \pm 2,0 \times 10^6$ /мл – ЯСКТ). Иммуномодулин в дозе 0,01 мл/кг повышает ЯСКТ в 1,7 раза у облученных животных с медленным типом ацетилирования.

Нами установлено, что у животных БА контрольной группы ядродержащие клетки тимуса составляет $121,4 \pm 1,8 \times 10^6$ /мл. Облучение в дозе 5 Грей животным с БА достоверно снижает количество ЯСКТ в 2,2 раза. Однократное внутрибрюшинное **Введение** имбиря 0,4 мл/кг данный показатель полностью восстанавливается. Аналогичные **Результаты** получены при **Введении** иммуномодулина у животных БА с вторичным иммунодефицитным состоянием.

Из полученных данных видно, что в контрольной группе медленных ацетиляторов ядродержащие клетки брыжеечных лимфатических узлов (ЯСКБЛУ) составляет $88,4 \pm 1,4 \times 10^6$ /мл. Данный показатель у облученных животных с МА достоверно снижается в 3,1 раза. Внутрибрюшинное **Введение** облученным животным с МА имбиря достоверно повышает ЯСКБЛУ в 2,4 раза. **Введение** иммуномодулина ЯСКБЛУ увеличивается в 1,7 раза.

В контрольной группе БА количество ядродержащие клетки брыжеечных лимфатических узлов составляет $68,8 \pm 1,1 \times 10^6$ /мл. У животных контрольной группы с быстрым типом ацетилирования под действием рентгеновских лучей число ЯСКБЛУ достоверно снижается в 1,9 раза. Внутрибрюшинная инъекция облученным животным с БА имбиря достоверно восстанавливает иммунный ответ к эритроцитам барана. Иммуномодулин также усиливает у облученных животных с БА ядродержащие клетки БЛУ в 1,3 раза.

Полученные данные указывают, что иммуностимулирующий эффект имбиря способствует перераспределению клеток в лимфоидных органах для реализации эффективного иммунного ответа на антигенный стимул зависит от типа ацетилирования при вторичных иммунодефицитных состояниях индуцированной облучением. Следовательно полученные нами данные подкрепляется общеизвестным фактором, что антителосинтезирующие клетки локализуются в селезенке и лимфатических узлах. В этих органах происходит захват и переработка антигена макрофагами, взаимодействие Т-хелперов с В-лимфоцитами, трансформация последних в плазматические клетки – продуценты антител. Указанные клеточные события наблюдаются при введении мышам с типом ацетилирования индуцированным облучением тимусзависимых антигенов, к которым относятся и эритроциты барана.

Выводы. Суммируя **Результаты** по изучению влияние растительного препарата имбиря у облученных животных с типом ацетилирования на центральные и



периферические органы иммунной системы можно сделать заключение о том что, имбирь оказывает неоднозначные воздействие на разные отделы иммунной системы.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ КРОВЕТВОРНЫХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК

Расулов Ф.Х., Хамракулов Т.З., Борецкая А.С.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Цель работы. Изучение влияния растительных препаратов на дифференцировку кроветворных стволовых клеток.

Материалы и методы исследования. В данных сериях эксперимента изучали эффект растительных препаратов на функции кроветворных стволовых клеток на двух экспериментальных моделях. В первой модели беспородных белых мышей 2-3 месячного возраста и массой тела 20-22 грамм облучали тотально в сублетальной дозе 6,5 Грей. Сразу после облучения мышам однократно внутрибрюшинно вводили препараты растительного происхождения. На 9-е сутки мышам забивали, выделяли селезёнки и фиксировали их в растворе Буэна, после него на поверхности селезёнки подсчитывали число КОЭ (колониобразующие единицы). Установлено, что каждая макроколлония образуется из одной кроветворной стволовой клетки, сохранившейся в селезёнке после сублетального облучения (эндогенные КОЕ).

Во второй модели беспородных белых мышей 2-3 месячного возраста и массой тела 20-22 грамм облучали тотально в летальной дозе 8,5 Грей. Через сутки им внутривенно вводили сингенные клетки костного мозга в дозе 5×10^4 /мл и внутрибрюшинно препараты растительного происхождения в различных дозах. На 7-сутки после летального облучения подсчитывали число макроколоний на поверхности селезёнки, которые образовались из трансплантированных клеток костного мозга (экзогенные КОЕ).

Полученные Результаты и обсуждения. Установлено, что при сублетальном облучении беспородных белых мышей на поверхности селезёнок контрольной группы образуется в среднем $2,8 \pm 0,3$.

Введение сублетально облучённым мышам препаратов Имбирь и ДОК достоверно увеличивают число макроколоний в 1,3 и 1,4 раза соответственно. Инъекция растительных препаратов Детоксиомы и настой чая Doctor Ali 1 увеличивают число макроколоний в 1,5 раза. В группе животных, получавших однократно препаратов Бальзам Гулзор и бальзам Gulzor 17- Doctor Ali 6 "Hepar Neo", число макроколоний достоверно повышается в 2,1 и 2,3 раза соответственно.

Полученные Результаты свидетельствуют о том, что растительные препараты обладают способностью стимулировать пролиферативную активность кроветворных стволовых клеток. Интенсивным стимулирующим эффектом являются препараты Бальзам Гулзор и бальзам Gulzor 17- Doctor Ali 6 "Hepar Neo".



Во второй модели при трансплантации летально облученным реципиентам белых мышей сингенных клеток костного мозга образуются в среднем $1,8 \pm 0,1$ КОЕ. **Введение** препаратов Имбирь и Детоксиомы достоверно увеличивают число макроколоний в 1,3 и 1,4 раза соответственно. В группе животных, получавших однократно препаратов Бальзам Гулзор в дозе 0,25 мл/кг и бальзам Gulzor 17- Doctor Ali 6 "Hepar Neo" в дозе 0,2 мл/кг, число макроколоний достоверно повышается в 2,2 и 2,6 раза соответственно.

Заключение. На основании полученных данных можно сделать **Вывод**, о том, что препараты растительного происхождения обладают способностью стимулировать пролиферативные свойства эндогенных и экзогенных кроветворных стволовых клеток, из которых образуются все клетки эритропоэза и лимфопоэза.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ

Расулов Ш.О., Рузикулов М.М., Хазраткулов Р.Б., Бурнашев М.И.
Республиканский Специализированный Научный Практический
Медицинский Центр Нейрохирургии
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт²

Актуальность. Разрыв аневризм сосудов головного мозга — одна из ведущих причин нетравматических внутричерепных кровоизлияний. Размер мешотчатых аневризм обычно колеблется от 5 до 15 мм, однако у ряда пациентов могут выявляться аневризмы большого (от 16 до 25 мм) и гигантского (более 25 мм) размеров.

Цель исследования - явился анализ клинических особенностей, данных инструментальных методов диагностики и результатов лечения больных с большими и гигантскими аневризмами сосудов головного мозга.

Материал и методы. В работе проведен анализ комплексного обследования 84 больных с большими и гигантскими аневризмами головного мозга различной локализации, находившихся на обследовании и лечении в отделении нейрохирургии РСНПМЦН г. Ташкент за период с 2016 по 2021 гг. У 36 (42,85%) — аневризмы протекали по псевдотуморозному типу, а у 48 (57,14%) — внутричерепное кровоизлияние произошло ранее чем за месяц до госпитализации. Особенности анатомических взаимоотношений аневризм с их клиническими проявлениями целесообразно рассмотреть клиническую картину с учетом разной локализации аневризм.

Результаты исследования. Аневризмы кавернозной части внутренней сонной артерии выявлены у 8 (9,52%) пациентов. Возраст больных — от 12 до 68 лет. Чаще других очаговых симптомов у больных с такой локализацией аневризм было поражение глазодвигательных нервов, проходящих в стенке кавернозного синуса: все они имели признаки поражения глазодвигательного нерва, у 5 больных — отводящего. У 2 больных



отмечалась гипестезия в зоне инервации I и II ветвей тройничного нерва различной степени выраженности. Гигантские аневризмы супраклиноидной части внутренней сонной артерии были диагностированы у 44 больных (52,38%), а офтальмического отдела — 9 больных. Первым проявлением заболевания было субарахноидальное кровоизлияние, 12 пациентов перенесли повторные кровоизлияния. Большие и гигантские аневризмы средней мозговой артерии диагностированы у 19 (22,61%) больных. У 16 больных первичным проявлением заболевания было субарахноидальное кровоизлияние с развитием эпилептического синдрома. Большие аневризмы вертебробазилярного бассейна имели место у 1 больных. У одного больного, имевшего аневризму позвоночной артерии, неврологическая симптоматика ограничивалась только нарушением чувствительности на лице и нарастающим расстройством координации. Большие и гигантские аневризмы передней мозговой артерии — передней соединительной артерии обнаружены у 14 (16,66 %) больных. Психопатологические расстройства (нарушения памяти, дезориентация во времени и месте) отмечено у 6 пациентов

Выводы. Таким образом, клинические проявления больших и гигантских аневризм зависят от ее размера и локализации. Большие и гигантские аневризмы головного мозга могут быть заподозрены в догеморрагический период по ряду клинических признаков: локальной головной боли, преходящим или стойким поражением черепных нервов, эпилептическими припадками, признаками очагового поражения головного мозга и внутричерепной гипертензии. Учет клинико-неврологических проявлений, характерных для больших и гигантских внутричерепных аневризм, может способствовать своевременному применению нейровизуализирующих методов, улучшить их уточненную раннюю диагностику и оптимизировать условия проведения нейрохирургического лечения.

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Расулова Г.Р.

Андижанского государственного медицинского института

Научный руководитель: доцент Юлдашева О.С.

Актуальность: Одним из самых грозных осложнений беременности, оказывающее значимое влияние на состояние беременной женщины, плода и новорожденного ребенка, является преэклампсия. По данным мировой литературы до 15 млн. детей ежегодно рождаются недоношенными в результате осложнения беременности преэклампсией. У новорожденных в 12–20% случаев регистрируется задержка внутриутробного развития плода и внутриутробная гипоксия, в раннем неонатальном периоде выше частота инфекционной патологии, респираторных,



гематологических, метаболических нарушений, геморрагических осложнений, что приводит к более длительному наблюдению в стационаре после рождения. Однако до недавнего времени считалось, что заболеваемость недоношенных новорожденных детей имеет прямую связь с гестационным возрастом, поэтому изучение вклада преэклампсии в неонатальную заболеваемость остается актуальным.

Материалы и методы : В исследование включены 40 пары мать – новорожденный, наблюдавшиеся в кафедре акушерства и гинекологии №2. Новорожденные гестационным возрастом 34–36 недель были распределены на 2 группы: 1 группа – новорожденные у матерей с преэклампсией (N = 20), 2 группа – группа контроля (N = 20).

Результаты: Средний возраст женщин составил в 1 группе $26,79 \pm 5,61$ лет, во 2 группе $25,19 \pm 4,19$ лет. У 87% женщин 1 группы имели избыточный вес на момент наступления беременности (ИМТ = $28,77 \pm 4,9$), по сравнению с контрольной группой (ИМТ $25,61 \pm 3,98$). В качестве способа родоразрешения в большинстве случаев применялась операция кесарева сечения: в 1 группе у 74,56% (n=15), во 2 группе – 50,0% пациенток (n=10). Срок родоразрешения достоверных различий не имел и составил $35,7 \pm 0,85$ недель и $35,89 \pm 0,47$ недель соответственно. Масса тела детей при рождении в 1 группе 1416 ± 3700 г, во 2 группе $2616 \pm 391,97$ г. ($p < 0,001$). При этом задержка внутриутробного развития плода отмечалась у 35% (n=7) новорожденных 1 группы, во 2 группе – 10% (n=2). Умеренная асфиксия при рождении фиксировалась исключительно новорожденных 1-й группы (n=2; 10%), средние показатели состояния новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5 минут достоверных различий не имели ($7,29 \pm 0,88$ и $8,14 \pm 0,65$ в 1-й группе, $7,85 \pm 0,35$ и $8,55 \pm 0,5$ во 2-й группе). Однако показатели заболеваемости в основной группе и группе контроля имели достоверные различия. Так врожденная инфекционная патология встречалась в 9 раз чаще в основной группе (n=9; 45%), в группе контроля n=2 (10%). Большой вклад в инфекционную патологию вносит заболеваемость врожденной пневмонией в 1 группе 20% (n=4), во 2 группе – 5% (n=1). Терапия инфекционных заболеваний, необходимость в проведении респираторной терапии новорожденным первой группы, а также тяжесть состояния новорожденных у матерей с преэклампсией обуславливает необходимость наблюдения новорожденных в отделениях реанимации новорожденных, а также отделениях второго этапа выхаживания.

Заключение: Новорожденные, со сроком гестации 34–36 недель, рожденные у матерей с преэклампсией, имеют факторы высокого риска нарушения периода адаптации, что обуславливает необходимость уделять большее внимание с первых часов жизни.



ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЧЕСКИХ ТРАВМ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И ЕГО ПРИДАТКОВ

Расулова М.М.

Студентка 405-гр. Медико-профилактического факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Научный руководитель: PhD Давранова А.Э.

Актуальность. Во всем мире травматизм органа зрения до сегодняшнего дня продолжает оставаться весьма актуальной медико-социальной проблемой. В современных условиях наиболее распространенными видами травматизма этого органа является механическая травма. По статистическим данным, травмы глаз и их последствия среди заболеваний ОЗ является одной из основных причин слепоты и профессиональной инвалидности, особенно эти неблагоприятные явления наблюдаются среди лиц наиболее трудоспособного возраста. В структуре травм органа зрения различают повреждения, причиняемые механическими, химическими, термическими факторами, а также травмы, связанные с воздействиями комбинированных факторов. Наиболее частым видом травмы органа зрения является механическая травма, среди которой лидирует травма тупыми и острыми предметами.

Цель исследования. Изучение характера, особенностей и исходов проникающих повреждений глазного яблока.

Материал и методы исследования. Изучены и проанализированы данные медицинских документов и имеющихся других сведений в отношении 150 лиц, получивших механическую травму глазного яблока и его придатков, находившихся на стационарном лечении в специализированной офтальмологической больнице Самаркандской области за период 2019-2021 годы.

Результаты исследования. Установлено, что в структуре механической травмы ОЗ (всего 150 наблюдений) ведущее место занимают проникающие раны роговицы с повреждениями структуры глазного яблока (55), 26 случаев из них составили дети (до 17 лет), среди которых мальчиков – 15, девочек – 11 случаев. Взрослые люди с проникающими ранами роговицы с повреждениями структуры глазного яблока составили 29 случаев, мужчин – 19, женщин – 10, в возрасте от 18 – 44 лет - 22, 45 -59 лет – 6, 60 лет и старше – 1 случае. Повреждения в большинстве случаев были связаны с воздействиями различных острых предметов или заостренных частей тупых предметов, большей части у детей. Всем пострадавшим больным своевременно была оказана соответственная медицинская помощь, проведена первичная хирургическая обработка раны. В 22-х случаях у пострадавших отмечались полное выпадение содержимого глазного яблока. В исходе травмы вызвали следующие осложнения, в частности ухудшения остроты зрения: 0,7-0,6 в 4-х случаях, 0,5-0,2 в 17, от 0,1 до 0,07 в 5, от 0,07 до 0,04 в 4, менее 0,04 в 3, не определивших в 12 и в 10-ти случаях привели к полной потере зрения.



Вывод. В структуре механической травмы глаз одним из ведущих мест занимают проникающие раны роговицы с повреждениями структуры глазного яблока. Данный вид повреждений являются наиболее частой причиной полной потери зрения в поврежденном глазе, что должны быть учтены в процессе судебно-медицинских исследований.

ВОЗМОЖНОСТИ И НЕДОСТАТКИ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Расулова М.М.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Актуальность темы. В настоящее время эластография является одним из составных частей комплексного ультразвукового обследования молочных желез. Она позволяет определить степень жесткости (эластичности) образований обнаруженных в молочных железах. Несмотря на ряд преимуществ данного метода имеются определенные ограничения его проведения.

Цель исследования. Изучение возможностей и недостатков эластографии в структуре комплексного ультразвукового исследования очаговых изменений молочной железы.

Материалы и методы исследования. Поведен селективный клинко-патогенетический и эхографический скрининг, а также уточняющая диагностика более 1211 женщинам в возрасте 13-80 лет (средний возраст $42 \pm 2,3$ лет), по результатам которых выявлены очаговые изменения в молочных железах. Комплексные ультразвуковые исследования были проведены на современных диагностических приборах HI VISION Preirus (Hitachi Medical Corporation, Япония), Acuson S3000 (Siemens, Германия) с использованием мультислотных линейных датчиков последовательно: в режиме серой шкалы, с

Целью оценки наличия кровотока использованы режимы доплерографии (ЦДК, ЭД и РВ). Для определения степени жесткости очаговых изменений использовали компрессионную эластографию, которая оценивалась по цветовой шкале, где степень жесткости соответствовала определенному цвету (мягкие ткани красно-желто-зеленый цвет, а жесткие – синий) и определяли коэффициент жесткости (Strain Ratio). На ультразвуковом сканере Acuson S3000 была применена эластография сдвиговой волной с определением коэффициента жесткости, оцениваемая по скорости (V м/с) и модуля Юнга E кПа) и эластография eSie Touch™ elasticity imaging - метод эластографии сдвиговой волны с функциями усиленного акустического импульса и механической компрессии, который является одним из последних достижений современной ультразвуковой диагностики. Все больные с очаговыми изменениями в



молочных железах консультированы онкологом-маммологом. 400 женщинам в возрасте старше 40 лет была показана рентгеновская цифровая маммография.

Результаты исследования. По результатам проведенных исследований выявлены; ранний рак у 36 (3 %) женщин; рак более 10 мм у 38 (3,1%); рак более 2 см у 45 (3,7%); доброкачественные узловы образования различных размеров у 250 (20,6%) пациентов; лимфаденопатия внутриорганных лимфатических узлов у 80 (6,6%); кисты у 450 (37,2%); сложные кисты у 120 (10%); внутрипротоковые образования у 45 (3,8%); абсцессы молочных желез у 10 (0,8%); участки липонекроза и жировые кисты у 30 (2,5%); постоперационные серомы у 12 (1%); хронический мастит у 10 (0,8%); атеромы кожи у 20 (1,6%); липомы у 50 (4,1%) женщин и у 15 (1,2%) сочетанная патология. Проведенные комплексные ультразвуковые исследования молочных желез были интерпретированы по US BI-RADS категории. Для эхографической характеристики выявленных очаговых образований молочной железы в серошкальном режиме нами использованы следующие критерии: локализация; соотношение и взаимосвязь с протоками, кожей, подкожной клетчаткой, ретромаммарным пространством; четкость и ровность границ; пространственная ориентация; наличие капсулы; внутренняя структура и экзогенность и звукопроводимость образования; динамические тесты. При исследовании в режиме доплерографии оценены васкуляризация образования, пограничные с опухолью сосуды и сосудистый рисунок окружающих тканей. При ультразвуковой эластографии были определены качественные и количественные критерии эластичности выявленного патологического очага в молочной железе. При проведении эластографии принципиальное значение имело проведение исследования при минимальной компрессии датчиком без деформации тканей молочной железы. Выбор оптимальной зоны ультразвуковой визуализации молочной железы предусматривало включение перитуморальных тканей для корректного распределения различий в жесткости образования и окружающих тканей.

При использовании эластографии очаговые образования дифференцировались: по наличию цветового паттерна в структуре узла, его интенсивности, по типу окрашивания (синее, смешанное, др.); по характеру окрашивания (однородное, неоднородное); по определению размеров (площади окрашивания) очага и сравнение его размеров в режиме серой шкалы. На основании наличия этих критериев формировали основное представление о патологическом очаге и классифицировали по международной шкале US BIRADS.

В процессе проведенных исследований нами отмечены следующие преимущества эластографии:

- абсолютная безопасность;
- не требует специальной подготовки;
- оперативность и простота проведения;
- неинвазивность и безболезненность процедуры;



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



- визуализирует и оценивает характер самых мельчайших новообразований (размером в несколько миллиметров) с любой глубиной залегания;
- повышает специфичность стандартного ультразвукового исследования, особенно в случае наличия объемного образования по US BIRADS 3 или 4, что позволяет сократить количество необоснованных пункций и формировать группу пациентов для динамического наблюдения;
- позволяет четко дифференцировать кисты с густым содержимым от узлового образования;
- позволяет дифференцировать тканевой компонент в протоках молочных желез от элементов сгущенного содержимого и творожистых масс («молозивных крошек»);
- позволяет определить степень перифокальной инфильтрации патологического очага;
- метод показал высокую диагностическую точность в определении природы объемных образований молочной железы и т.д.

Несмотря на ряд преимуществ эластографии нами отмечены и её недостатки, заключающиеся в следующем:

- оператор-зависимость методики компрессионной эластографии;
- невозможность определять скорость сдвига поперечной волны в жестких опухолях и с выраженным фиброзированием перитуморальной ткани молочной желез;
- различные показатели пограничных показателей упругости ткани в ультразвуковых сканерах различных производителей;
- выраженная жировая клетчатка, отек железистой ткани, лимфоидная инфильтрация затрудняет проведение эластографии, особенно глубоко расположенных очагов;
- наличие макрокальцинатов в доброкачественных образованиях определяет их высокую жесткость и может привести к ложной интерпретации степени настороженности на злокачественность очагового изменения в молочной железе;
- у худых пациентов и с истонченным фиброгландулярным комплексом молочной железы расположение очагов непосредственно над ребром дает ложную информацию об истинных показателях их жесткости;
- необъективные показатели жесткости очаговых изменений в молочных железах при наличии имплантов, особенно в участках их повреждений;
- невозможность проведения эластографии при бугристости контура железы.

Вывод. Внедрение в клиническую практику инновационных технологий эластографии, рациональное использование её с учетом нивелирования ряда недостатков способствует улучшению качества дифференциальной диагностики очаговых изменений в молочных железах и, соответственно, своевременному оптимальному выбору тактики лечебно-оздоровительных мероприятий



РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Расуль-Заде Ю.Г., Мелиева Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Преэклампсия и эклампсия являются одним из самых тяжелых осложнений беременности, родов и послеродового периода. Они занимают одну из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Целью исследования является изучение значения социально экономического статуса женщин в развитии преэклампсии.

Материалы и методы исследования. Материалом для нашего исследования явились данные проспективного наблюдения 30 беременных женщин, состоящих на диспансерном учете в женской консультации. Изучены особенности семейного портрета женщин с преэклампсией. Критериями включения беременных в исследование явились: срок гестации 8–12 недель, отсутствие противопоказаний для вынашивания беременности, согласие женщины на участие в исследовании. Критерии исключения следующие: срок гестации 13 недель и более на момент включения в исследование, онкозаболевания, ВИЧ-инфекция, туберкулез, тяжелая соматическая патология, психические заболевания, хронический алкоголизм, наркомания. В зависимости от наличия/отсутствия гестационного осложнения ПЭ и степени ее тяжести выделены: 1-я группа (контрольная) – 30 женщины, течение беременности которых не осложнилось развитием ПЭ; 2-я группа – 20 беременных с умеренной ПЭ; 3-я группа – 3 пациентки с тяжелой ПЭ. Средний возраст женщин 1-й группы составил $27,00 \pm 0,85$ лет, 2-й – $26,28 \pm 0,85$, 3-й – $24,33 \pm 2,40$ года.

Результаты исследования и их обсуждение. При сравнительном анализе социально-экономического статуса установлено, что число женщин с ПЭ умеренной и тяжелой степени и профессией «рабочая» (24 и 33,3 % соответственно) было досто верно выше ($p_{1-2} = 0,043$ и $p_{1-3} = 0,049$), чем в контрольной группе (10,8 %). Мы не выявили достоверных отличий по уровню образования и семейного положения обследованных беременных. Ряд авторов утверждает, что низкий социоэкономический статус связан с хроническими заболеваниями, что является факторами риска развития ПЭ. По частоте встречаемости табакокурения среди беременных с ПЭ умеренной (36,0 %) и тяжелой (33,3 %) степеней, а также контрольной группы (25,7 %) достоверных отличий выявлено не было, однако отмечена отчетливая тенденция к нарастанию числа женщин с анамнезом по табакокурению, стажа никотиновой зависимости (1-я группа $1,35 \pm 0,43$ лет, 2-я – $2,28 \pm 0,54$, 3-я – $3,33 \pm 0,33$) и количества суточного потребления сигарет (1-я группа $1,37 \pm 0,51$ сигарет/сутки, 2-я – $2,36 \pm 0,57$, 3-я – $3,33 \pm 0,33$) среди пациенток с ПЭ. Хотя по данным ряда авторов, курение является протектором развития ПЭ. При изучении



семейного соматического портрета беременных выявлено, что у близких родственников пациенток с ПЭ достоверно чаще встречаются артериальная гипертензия (АГ) и ожирение, отягощен тромботический анамнез. В настоящее время не вызывает сомнений, что формирование метаболического синдрома (АГ и ожирение, как компоненты МС) генетически детерминировано. Согласно данным Н.К. Вереиной (2012), одним из наиболее частых факторов тромботического риска является отягощенная наследственность по тромбозам [1], а тромботическим нарушениям отводится важная роль в развитии ПЭ, плацентарной недостаточности с СЗРП, невынашивания беременности. Согласно данным литературы, малый вес при рождении оказывает на продолжительность жизни и общую заболеваемость более значимое отрицательное влияние, чем ожирение, курение, алкоголизм, гипертоническая болезнь и прочее. Средняя масса при рождении пациенток 1-й группы составила $3340,23 \pm 59,98$ г, 2-й группы – $3411,25 \pm 88,40$; 3-й группы – $3120,00 \pm 321,46$; достоверных отличий выявлено не было. При изучении антропометрических показателей беременных оказалось, что окружность талии у пациенток с умеренной ($81,92 \pm 2,04$) и тяжелой ($100,00 \pm 9,72$) ПЭ достоверно больше ($p_{1-2} = 0,045$; $p_{1-3} = 0,049$), чем в группе контроля ($76,41 \pm 1,11$). По другим параметрам обнаружена устойчивая тенденция к увеличению показателей исходного веса (1-я группа – $62,58 \pm 1,66$ кг, 2-я – $65,64 \pm 2,38$, 3-я – $90,83 \pm 24,30$) и индекса массы тела (1-я группа – $22,94 \pm 0,47$ кг/м², 2-я – $23,83 \pm 0,88$, 3-я – $31,87 \pm 5,79$) у пациенток с ПЭ. Согласно данным литературы, МС в настоящее время рассматривается как фактор риска ПЭ. Основной вклад вносят увеличение центрального ожирения и артериального давления. Окружность талии и индекс массы тела используются как предикторы ПЭ.

Выводы: таким образом, низкий социоэкономический статус связан с хроническими заболеваниями, что является факторами риска развития ПЭ

ЗНАЧЕНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Расуль-Заде Ю.Г., Мелиева Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Преэклампсия (ПЭ) остается одной из важнейших причин материнской и перинатальной смертности во всем мире. В мире, ПЭ регистрируется у 12–21 % беременных, тяжелые формы встречаются в 8–10 % случаев. ПЭ увеличивает риск развития акушерских осложнений (преждевременные роды, плацентарная недостаточность, акушерские кровотечения, перинатальная заболеваемость и смертность). Наиболее признанными анамнестическими данными, которые рассматриваются как предикторы ПЭ, являются индекс массы тела (ИМТ), первая



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



беременность и ПЭ в анамнезе. Однако на сегодняшний день не существует ни одного теста, с достаточной чувствительностью и специфичностью обеспечивающего раннюю диагностику ПЭ. Поэтому на современном этапе поиск предикторов развития ПЭ является актуальным и представляет несомненный клинический интерес.

Целью исследования является изучение значения соматической патологии в развитии преэклампсии.

Материалы и методы исследования. Материалом для нашего исследования явились данные проспективного наблюдения 30 беременных женщин, состоящих на диспансерном учете в женской консультации. Изучены особенности течения беременности и исходы родов. Критериями включения беременных в исследование явились: срок гестации 8–12 недель, отсутствие противопоказаний для вынашивания беременности, согласие женщины на участие в исследовании. Критерии исключения следующие: срок гестации 13 недель и более на момент включения в исследование, онкозаболевания, ВИЧ-инфекция, туберкулез, тяжелая соматическая патология, психические заболевания, хронический алкоголизм, наркомания. В зависимости от наличия/отсутствия гестационного осложнения ПЭ и степени ее тяжести выделены: 1-я группа (контрольная) – 30 женщины, течение беременности которых не осложнилось развитием ПЭ; 2-я группа – 20 беременных с умеренной ПЭ; 3-я группа – 3 пациентки с тяжелой ПЭ. Средний возраст женщин 1-й группы составил $27,00 \pm 0,85$ лет, 2-й – $26,28 \pm 0,85$, 3-й – $24,33 \pm 2,40$ года. Все статистические расчеты были выполнены с помощью пакетов программ: SPSS 12.1, Statistica for Windows 6.0, STADIA 6.3 prof.

Результаты исследования и их обсуждение. При сравнительном анализе социально-экономического статуса установлено, что число женщин с ПЭ умеренной и тяжелой степени и профессией «рабочая» (24 и 33,3 % соответственно) было достоверно выше ($p_{1-2} = 0,043$ и $p_{1-3} = 0,049$), чем в контрольной группе (10,8 %). Мы не выявили достоверных отличий по уровню образования и семейного положения обследованных беременных. Ряд авторов утверждает, что низкий социоэкономический статус связан с хроническими заболеваниями, что является факторами риска развития ПЭ. При изучении семейного соматического портрета беременных выявлено, что у близких родственников пациенток с ПЭ достоверно чаще встречаются артериальная гипертензия (АГ) и ожирение, отягощен тромботический анамнез. В настоящее время не вызывает сомнений, что формирование метаболического синдрома (АГ и ожирение, как компоненты МС) генетически детерминировано. Согласно данным Н.К. Вереиной (2012), одним из наиболее частых факторов тромботического риска является отягощенная наследственность по тромбозам, а тромботическим нарушениям отводится важная роль в развитии ПЭ, плацентарной недостаточности с СЗРП, невынашивания беременности. Согласно данным литературы, малый вес при рождении оказывает на продолжительность жизни и общую заболеваемость более значимое отрицательное влияние, чем ожирение, курение, алкоголизм, гипертоническая болезнь и прочее.



Средняя масса при рождении пациенток 1-й группы составила $3340,23 \pm 59,98$ г, 2-й группы – $3411,25 \pm 88,40$; 3-й группы – $3120,00 \pm 321,46$; достоверных отличий выявлено не было. При анализе структуры соматической патологии беременных выявлено, что достоверно реже заболевания встречаются у женщин контрольной группы. Выявлено, что у пациенток с ПЭ достоверно чаще встречаются экстрагенитальные заболевания – патология сердечно-сосудистой системы, в том числе связанная с АГ, ожирение, нарушения гемостаза. Частота указанной патологии увеличивается при нарастании тяжести ПЭ. Обращает на себя внимание наличие сочетания соматических заболеваний у пациенток с ПЭ (ожирения, АГ, патологии гемостаза). Согласно данным литературы, факторы риска ПЭ включают АГ, дислипидемию, ожирение, инсулинорезистентность, тромбофилии. Риск развития ПЭ при наличии у женщины ХАГ увеличивается до 25 %. Ожирение связано с инсулинорезистентностью и дислипидемией, что предрасполагает к развитию ПЭ. Тромбофилии выявляются у 80 % женщин с тяжелыми формами ПЭ, до 54 % при ПЭ умеренной степени, а при физиологическом течении беременности до 16 %. У женщин с ожирением жировая ткань продуцирует широкий спектр гормонов и медиаторов, участвующих в регуляции процессов коагуляции, воспаления, влияющих на состояние эндотелия, что обуславливает благоприятный фон для развития эндотелиальной дисфункции и повышенную склонность к тромбозам.

Заключение. Таким образом, установлено, что соматический анамнез кровных родственников беременных с ПЭ отягощен артериальной гипертензией, ожирением, тромбозами. Аналогичная экстрагенитальная патология в различных сочетаниях выявлена у пациенток с ПЭ, частота встречаемости увеличивалась при нарастании тяжести ПЭ.

СЕМЕЙНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА АЛЬПОРТА У ДЕТЕЙ.

Рахманова Л.К., Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М.

Ташкентская медицинская академия

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация. Синдром Альпорта – это наследственное (генетическое) заболевание, вызывает хроническую болезнь почек, приводящее к почечной недостаточности.

Целью нашего исследования изучить особенности клинических проявлений почек при синдроме Альпорта у детей по результатам которого можно частота случаев наследственного нефрита выше среди больных хроническим гломерулонефритом, чем с острым гломерулонефритом и пиелонефритом и чаще встречаются органоспецифические



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



стигмы (аномалия почек и мочевых путей) по сравнению с внешними соматическими стигмами.

Актуальность исследования. В настоящее время сложной является проблема нефропатий, развивающихся при генетической предрасположенности. Наследственный нефрит по данным нефрологического отдела педиатрии и детской хирургии МЗ РУз по многолетним наблюдениям составляет в разные годы 6—8% от общего числа больных с патологией почек. Клинические наблюдения ученых подтверждают, что для ряда врожденных или наследственных заболеваний мочевыделительной системы характерны стигмы соединительно-тканного дизэмбриогенеза, причем не только внешние, соматические, но также, в частности, органов мочевой системы, связанные с наследственной передачей болезней или состоянием, которое называют «от органа к органу».

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений почек при синдроме Альпорта у детей.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы данные 23 историй болезни детей в возрасте от 1 до 18 лет с диагнозом наследственный нефрит Альпорт синдром.

Результаты. Проанализированы истории болезни 23 детей с синдромом Альпорта в возрасте от 1 до 18 лет, наследственный нефрит при тщательном планировании целенаправленного исследования, включавшего аудиометрические и генеалогические исследования диагностирован за истекшие 3 года у 18 детей, что составило 3,17% из числа всех госпитализированных (1598 детей). Диагноз наследственный нефрит установлен в 8 случаях среди детей с гломеруло нефритами - в 2-х случаях при их остром течении и первичном обращении, в 6 случаях при хроническом течении патологии; в 4-х случаях у детей с пиело нефритом на фоне дисметаболической нефропатии, у 5 детей, госпитализированных в различных стадиях ХПН при обращении к специалистам с проб лемами зрения и слуха. Общее количество детей с наследственным нефритом приходилось на все случаи острого гломерулонефрита 6,2 % и на хронические формы данного заболевания – 12,5%. И так наследственный нефрит наиболее часто встречается среди хронических заболеваний почек преимущественно среди больных хроническим гломерулонефритом.

Выводы. Частота случаев наследственного нефрита выше среди больных хроническим гломерулонефритом, чем с острым гломерулонефритом и пиелонефритом и чаще встречаются органоспецифические стигмы (аномалия почек и мочевых путей) по сравнению с внешними соматическими стигмами.



РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АОРТОПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА.

Рахматиллаев Т.Б., Гусинский А.В., Шломин В.В., Паненкина В.В.
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность. Основным способом открытой реконструкции терминального отдела аорты и подвздошных артерий является аорто-бедренное шунтирование синтетическим протезом. Существует другой малотравматичный способ лечения, приобретающий все большую популярность – петлевая эндартерэктомия при помощи различных петель и колец.

До настоящего времени хорошо изученными остаются 4-5-летние **Результаты** аорто-бедренных реконструкций. Связано это, вероятнее всего с тем, что сроки дожития прооперированных пациентов были невелики из-за высокой смертности от осложнений сопутствующих заболеваний, таких как атеросклероз коронарных, церебральных артерий и онкологической патологии.

Цель исследования: Анализ отдаленных (более 5 лет) результатов открытых аорто-бедренных реконструкций с **Целью** оптимизации подхода к периоперационному ведению больных.

Методы: Проведен ретроспективный анализ 512 пациентов, которым были выполнены открытые вмешательства на аорто-бедренном сегменте (АБС) в период с 1999 по 2005гг в отделении сосудистой хирургии Городской многопрофильной больницы №2 г. Санкт-Петербурга. Критерием невключения являлась окклюзия поверхностной бедренной артерии. В первую группу вошли 273 пациента, которым выполнена петлевая эндартерэктомия (ПЭАЭ) аорто-бедренных сегментов с использованием петель Vollmar, во вторую – 239 пациента с аорто-бедренным шунтированием (АБШ) с использованием синтетического протеза. Все реконструкции выполнены в условии критической ишемии (у 322 пациентов была ишемия III стадии, у 190 пациентов – IV стадия ишемии согласно классификации А.В. Покровского). Из сопутствующих заболеваний основными были ишемическая болезнь сердца, головного мозга, сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь и онкологические заболевания. В течение 5-15 лет после первичной операции пациенты перенесли вмешательства на коронарных, брахиоцефальных артериях, а так же онкологические и общехирургические операции. Срок наблюдения составил до 17 лет.

Результаты: Первичная проходимость АБС в отдаленные сроки в группе ПЭАЭ была достоверно выше, чем в группе АБШ. В 1-й группе к 5-летнему сроку составила 84%, во второй группе – 72%, к 10-летнему сроку наблюдения составила 78% и 65%, к 17-летнему сроку – 70% и 57% соответственно ($p < 0,05$). Вторичная проходимость в обеих группах достоверно не отличалась и сохранялась достаточно высокой. К 5 годам наблюдения составляла 94 и 92% соответственно, к 5-10 годам – 87 и 86%, к 17-летнему



сроку – достигала 76% ($p>0,05$). Данные резервных возможностей повторных операций на АБС. Выживаемость в первые 5 лет составила около 80%, к 10-летнему сроку – 72% и около 63% к 17-летнему сроку наблюдения и достоверно по группам не отличалась. Процент сохраненных конечностей ко второму году составил 96%, к 5 годам – около 90%, к 10 годам - 88%, к 17 годам составил 82%. Абсолютное большинство пациентов отмечали удовлетворительное качество жизни на протяжении всего периода наблюдения.

Выводы:

Благодаря налаженному диспансерному наблюдению и своевременной коррекции осложнений сопутствующих заболеваний выживаемость пациентов в отдаленном периоде после аорто-бедренных реконструкций остается высокой.

Аорто-бедренные реконструкции обеспечивают высокий процент сохраненных конечностей и вторичную проходимость в отдаленном периоде. Однако после ПЭАЭ показатели первичной проходимости оказались выше.

Высокий процент сохраненных конечностей обеспечивал удовлетворительное качество жизни пациентов, которые изначально были прооперированы в условиях критической ишемии нижней конечности.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОКАЛЬНОГО УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ

Рахматуллаева М.М.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Бактериальный вагиноз (БВ) представляет собой полимикробный синдром, в основе которого лежит угасание численности и защитной функциональной активности лактобактерий с заменой их на условно-патогенные составляющие микробиоты влагалища. Несмотря на многообразие рекомендуемых методик и дозы препаратов для БВ характерно частое рецидивирование. В патогенезе рецидивов бактериального вагиноза основное место отводится функциональной неполноценности неспецифического звена иммунитета влагалища.

Цель исследования: изучить локальный уровень цитокинов у женщин с бактериальным вагинозом.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 80 женщин с БВ. Группу контроля составили 20 женщин с нормоценозом. В исследование не были включены женщины с наличием инфекционно-воспалительной патологии гениталий другого генеза, таких как заболевания, передающиеся половым путем, вульвовагинальный кандидоз, неспецифический вагинит.

Проводили анализ клинических данных и микроскопических характеристик влагалищного мазка, качественного и количественного состава влагалищной флоры, определение содержания цитокинов интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-8 (ИЛ-8), интерлейкина-10 (ИЛ-10), фактора некроза опухоли (ФНО α) в смывах из влагалища. Количественную и



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



качественную оценку микрофлоры влагалища осуществляли методом полимеразной цепной реакции. Определение уровня интерлейкинов проводили с помощью твердофазного иммуноферментного анализа наборами «Цитокин» (СПб, Россия) по рекомендуемой производителями методике. Полученные нами при исследовании данные подверглись статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003, включая использование встроенных функций статистической обработки. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Группы исследования не отличались по возрасту, паритету, соматическим заболеваниям. Наиболее часто женщины жаловались на повышенное количество неприятно пахнущих белей: 83,6% женщин 1-й и 65,6% – 2-й группы ($p < 0,01$). pH влагалищных выделений составил $6,2 \pm 0,03$ в основной группе, $4,1 \pm 0,07$ в группе контроля ($p < 0,001$).

Исследование лабораторных критериев бактериального вагиноза показало присутствие признаков дисбиоза у женщин основной группы в отличие от контрольной. При микроскопии влагалищных мазков выявлено угнетение лейкоцитарной реакции, большое число эпителиальных клеток, присутствие «ключевых клеток», массивное число полиморфной микрофлоры. При исследовании микробиоты влагалища с применением Фемофлор-16 у всех женщин основной группы подтвержден выраженный анаэробный дисбиоз.

В отличие от доминантного содержания лактобактерий в контрольной группе, в основной группе выявлено их сниженное количество – $3,92 \pm 0,22$ lg ГЭ/мл. Наиболее часто выявляемой группой микроорганизмов была *Gardnerella vaginalis/Prevotella bivia/Porphyromonas* ($p < 0,001$). Частота встречаемости *Atopobium vaginae*, облигатно-анаэробных микроорганизмов *Sneathia/Leptotrichia/Fusobacterium*, *Megasphaera/Veillonella/Dialister*, *Lachnobacterium/Clostridium* была статистически значимо выше относительно контрольной группы ($p < 0,05$).

При сравнении основной и контрольной групп по уровню ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО α и ИЛ-10 выявлено статистически значимое повышение количества изученных цитокинов. Концентрация ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО α и ИЛ-10 во влагалищном содержимом женщин 1-й группы составила $186,00 \pm 12,01$, $144,73 \pm 7,22$, $171,5 \pm 10,6$ и $92,87 \pm 5,68$ пкг/мл соответственно, что достоверно выше аналогичных контрольных показателей ($33,01 \pm 6,7$, $26,16 \pm 9,48$, $29,3 \pm 1,0$ и $22,72 \pm 3,29$ пкг/мл соответственно) ($p < 0,001$).

Цитокины являются неотъемлемыми компонентами иммунного ответа макроорганизма на инфекцию [5]. Активизация цитокинового статуса является защитной реакцией организма на аномальный рост микрофлоры влагалища при БВ. При этом провоспалительные цитокины, производимые Т-хелперами I типа (Th1) ответственны за развитие клеточного иммунитета и устранение избыточного роста микрофлоры, тогда как задачей противовоспалительных (Th2) цитокинов является ингибирование чрезмерной



активности провоспалительного звена цитокинов с предотвращением его перехода в патологический уровень.

Заключение. Избыточный рост аномальной микрофлоры при БВ сопровождается значительным дисбалансом в неспецифических защитных реакциях, что проявляется нарушениями продукции про- и противовоспалительных цитокинов. Нарушение продукции и механизмов взаимодействия отдельных звеньев неспецифического иммунитета может изменять нормальное функционирование последнего и оказывать значимое влияние на клинические исходы бактериального вагиноза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Рубаненко О.А., Рубаненко А.О., Давыдкин И.Л.

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России,
Самара, Россия

Актуальность исследования. Фибрилляция предсердий (ФП) остается часто встречающимся осложнением операции коронарного шунтирования (КШ) с распространенностью до 40%. Послеоперационная ФП (ПОФП) сопровождается увеличением случаев развития инсульта, сердечной недостаточности, ранней и поздней смертности, пролонгацией госпитального периода. Лекарственные средства, уменьшающие риск развития ПОФП, активно исследуются. Применение омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) для снижения частоты эпизодов ПОФП и связанных осложнений имеет противоречивые данные в литературе.

Цель исследования. Определить эффективность назначения омега-3 ПНЖК для предотвращения ПОФП у пациентов с ишемической болезнью сердца, подвергающихся плановому КШ.

Материалы и методы. Обследовано 306 пациентов (85,9% мужчин, средний возраст 62,0 (57,0; 66,0) года). Пациенты разделены на 2 группы: I группа не принимала омега-3 ПНЖК – (158 больных, 82,7% мужчин, медиана возраста 63,0 (57,0;67,0) года), II группа принимала омега-3 ПНЖК (148 пациентов, 89,3% мужчин, медиана возраста 60,0 (57,0;64,0) лет). Омега-3 ПНЖК назначались в дозе 2000 мг в сутки за 5 дней до КШ и в дозе 1000 мг в сутки в послеоперационном периоде в течение 21 дня.

Результаты. В процессе наблюдения ПОФП во I группе развилась у 29,7% пациентов и в II группе у 16,9% больных ($p < 0,05$). После КШ отмечено статистически значимое увеличение в I группе при сравнении со II группой уровня интерлейкина-6 на 39,3% ($p = 0,001$), ИЛ-10 на 20,2% ($p = 0,01$), увеличение уровня супероксиддисмутазы плазмы во II группе на 78,9% ($p < 0,0001$) и малонового диальдегида на 33,8% ($p = 0,03$). В



послеоперационном периоде во II группе концентрация докозагексаеновой кислоты оказалась на 55% больше ($p=0,03$), омега-3 индекса на 43,4% выше ($p=0,04$) при сравнении с I группой.

Вывод. Таким образом, в группе пациентов, принимающих омега-3 ПНЖК, после проведения КШ наблюдалась меньшая активация параметров воспаления и окислительного стресса на фоне повышения уровня докозагексаеновой кислоты и омега-3 индекса. Наши данные сопровождались снижением частоты ПОФП на 12,8%.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ РАННЕЙ НЕКРЭКТОМИИ И АУТОДЕРМОПЛАСТИКЕ НА МОДЕЛИ ГЛУБОКОГО ОЖОГА КОЖИ

Рузибоев С.А., Юнусов О.Т.

Самаркандский Государственный медицинский университет

Актуальность исследования. Увеличение объема операций в комбустиологических отделениях требует совершенствования процесса подготовки больных с глубокими ожогами к операции. Некрэктомия и аутодермопластика наблюдаются при кровопотере 0,5-1,5 см²/мл раневой поверхности. При глубоких ожогах как никогда важно совершенствовать методы препарирования ожоговых ран и подготовки больных к операции, проведение сбалансированной инфузионной и гемотрансфузионной терапии, уменьшение и восполнение кровопотери, дезинтоксикационную аутодермопластику.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения за счет местного применения кровоостанавливающего средства при проведении аутодермопластики с ранней некрэктомией на модели термического ожога кожи.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 42 пострадавших с термическими поражениями (14 женщин и 28 мужчин) в возрасте от 15 до 71 лет, находившихся на лечении в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП в период 2022-2023 гг. В большинстве наблюдений причиной травмы являлось пламя (19 случаев), также наблюдались ожоги кипятком (21 случаев), контактные ожоги (2 случая). Общая площадь поражения у пациентов составляла от 5 до 25% поверхности тела, а глубокого ожога IIIб-IV степени до 10% и более. Всем пациентам выполняли раннюю некрэктомию до здоровых тканей с появлением капиллярного кровотечения с одновременной аутодермопластикой. Гемостаз осуществляли гемостатическим порошком из производных целлюлозы препаратом «Хемобен» 10 мг порошка 1 раз в день в течении 3 суток.

Результаты исследования. Клиническая оценка включала следующие критерии: количество и характер отделяемого; кровоточивость ран; сроки эпителизации донорских участков, пересаженных аутодермотрансплантатов; полноту эпителизации;



выраженность раневой боли. Оперативное вмешательство 42 пациентам с глубокими ожогами заключалось в применение гемостатического препарата Хемобен для остановки кровотечения после иссечения некротизированной кожи и подкожных структур.

Наши исследования показали, что ранняя хирургическая некрэктомия и взятие расщеплённых аутотрансплантатов с донорских участков сопровождается кровопотерей (6-10 мл крови на площади 100 см²), а сразу после применения гемостатического порошка «Хемобен» кровотечение полностью прекращается и раневая поверхность принимает блестящий вид из-за адгезированной к ней пленки. Болевые ощущения были незначительными. При закрытии раневого дефекта донорским аутолоскутом отмечена хорошая адгезия кожного лоскута к подлежащей ране.

Обсуждение. На основании полученных данных можно сделать следующее заключение. Применение препарата Хемобен во время аутодермопластики после ранней некрэктомии обеспечивает полный гемостаз и снижение выраженности раневой боли. Местное однократное нанесение на рану после некрэктомии гемостатического препарата Хемобен при аутодермопластике способствует быстрой адгезии трансплантата, обеспечивает скорое и полное приживление кожных лоскутов.

Выводы. Таким образом, адекватно проведенная во время операции местная гемостатическая терапия может предотвратить кровопотерю, тем самым улучшить

Результаты лечения данного контингента больных. В этом плане перспективным является использование местного гемостатического средства «Хемобен». Применение Хемобена позволяет проведение ранней некрэктомии с одновременной или отсроченной аутодермопластикой, появляются возможности для изменения хода ожоговой болезни и прерывания ее течения, сокращается время восстановления целостности кожных покровов, длительность стационарного лечения, число инфекционных осложнений и летальных исходов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГИГАНТСКИМИ АРТЕРИАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ

Рузикулов М.М., Хазраткулов Р.Б., Расулов Ш.О., Абдушукуров Б.А.
Республиканский Специализированный Научный Практический
Медицинский Центр Нейрохирургии

Актуальность. Проблемы хирургического лечения больных с большими и гигантскими артериальными аневризмами (АА) сохраняют свою **Актуальность** в связи с высокой инвалидизацией и летальностью у пациентов с разрывом (АА). Одним из наиболее тяжелых осложнений разрыва артериальных аневризм является сосудистый спазм, приводящий к ишемии головного мозга. Чем массивнее базальное субарахноидальное кровоизлияния САК, тем выраженное бывает сосудистый спазм.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель работы – определение показаний к микрохирургическому лечению больных с большими и гигантскими артериальными аневризмами на основе комплексной клинико-инструментальной диагностики с **Целью** минимизации неблагоприятных исходов операций в остром периоде субарахноидального кровоизлияния.

Материал и методы. В отделении сосудистой нейрохирургии РСНПМЦН г. Ташкент за период с 2014 по 2020гг. проведено лечение 48 пациентов с больных с разрывом аневризм головного мозга. Возраст пациентов варьировал от 18 до 66 лет. Мужчин – 34 (70,83%), женщин – 14 (29,17%). У всех 48 пациентов к моменту госпитализации, был в анамнезе эпизод САК, явившийся следствием разрыва артериальной аневризмы. Таким образом, в первые 3 суток от момента начала САК было госпитализировано 12 (25%) пациентов; на 4-7 сутки – 9 (18,75%) пациента, на 8-14 сутки – 8 (16,66%) больных. Оставшиеся 19 (39,58%) пациентов были госпитализированы в срок позднее 14 суток с момента начала САК.

Результаты исследования. Всем 48 пациентам было проведено клипирование аневризм. Исходы хирургического лечения были следующими: хорошие у 40 (83,33%) больных, у 4 (8,33%) больных – умеренная инвалидизация, у 2 (4,16%) – грубая инвалидизация, и у 2 (4,16%) больных были отмечены летальные исходы. В клинической картине у 48 (100%) пациентов наблюдали общемозговую симптоматику, у 40 (83%) больных – менингеальную. Нарушение функции различных черепно-мозговых нервов выявили у 28(58,33%) пациентов. Очаговая симптоматика отмечена у 42 (87,5%) пациентов. Гемипарез, гемиплегия, гемигипестезия выявлены у 17 (35,41%), психические нарушения – у 9 (22,5%), моторная афазия – у 8 (16,6%), сочетание гемипареза/гемиплегии и моторной афазии – у 4 (8,33%).

Выводы. Показания к хирургическому лечению больших и гигантских артериальных аневризм в остром периоде САК зависят от динамики сосудистого спазма, объема внутримозговой гематомы, состояния желудочковой системы и выраженности отека мозга. Больным, не имеющим признаков нарастающего сосудистого спазма (имеющим тяжесть состояния I-II по шкале Hunt-Hess), показано хирургическое лечение независимо от сроков после начала субарахноидального кровоизлияния, с **Целью** профилактики повторного разрыва аневризмы. Всем больным с разрывами артериальных аневризм головного мозга с тяжестью состояния с I-II степени по (Н-Н), а так же больным с III степенью, не имеющим ангиоспазма и больным с тяжестью состояния IV степени по (Н-Н) с ВМГ большого объема в сочетании с ангиоспазмом показано оперативное лечение в остром периоде кровоизлияния. Больным с тяжестью состояния III степени по (Н-Н) при наличии ангиоспазма (без ВМГ или в сочетании с ВМГ), а также больным с тяжестью состояния IV степени по (Н-Н), имеющим выраженный спазм сосудов головного мозга, рекомендуется отложить оперативное вмешательство до регресса ангиоспазма.



ФАРМАКОЭКОНОМИКА, ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

Рузиматов Ф.И., Эгамберганов.А.О
Ургенчского филиала Ташкентской Медицинской Академии

Аннотация. Оценить влияние терапевтического обучения и активного амбулаторного ведения на клиническое состояние и развитие сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в течение трех лет наблюдения.

Материал и методы. В исследование были включены 211 больных ХСН, развившейся после перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q на ЭКГ. При поступлении в стационар все пациенты были рандомизированы в две группы: группа 1 (n=106 пациентов) — группа активного амбулаторного ведения; группа 2 (n=105 больных) — группа стандартного амбулаторного ведения.

Результаты. В течение трех лет наблюдения в группе пациентов активного ведения отмечалось значимое ($p < 0,05$) снижение систолического и диастолического артериального давления, частоты сердечных сокращений, уровней общего холестерина, N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), прирост дистанции теста 6 минутной ходьбы, замедление процессов ремоделирования сердца и снижения фракции выброса левого желудочка по сравнению с больными группы стандартного ведения. При построении кривых Каплана Мейера установлено, что у пациентов группы активного ведения к третьему году наблюдения вероятность развития декомпенсации ХСН ($p = 0,001$), летального исхода ($p = 0,04$), общего числа ССО ($p = 0,04$) значимо меньше, чем у пациентов при стандартном ведении.

Хроническая сердечная недостаточность- клинический синдром при некоторых заболеваниях, сопровождающееся характерными симптомами (одышка, снижение физической активности, утомляемость, отеки и др.), связанными с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке, сопровождающееся с задержкой жидкости в организме и накоплением ее в мягких тканях. Из-за повреждения миокарда и дисбаланса вазоконстрикторных и вазодилатирующих систем способность сердца к наполнения и опорожнения ухудшается. Это и является первопричиной ХСН

Эпидемиологические исследования последних лет, включавшие больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в Узбекистане, показали, что, несмотря на внедрение во врачебную практику эффективных лекарственных средств [ингибиторы АПФ (иАПФ) и бета-адреноблокаторы (БАБ)], однолетняя смертность больных в этой популяции остается по прежнему высокой, достигая 30% в год [1-3]. Среди возможных причин этого явления особая роль отводится низкой приверженности пациентов предписанному терапевтическому режиму и отсутствию строгого выполнения врачебных



рекомендаций, касающихся диеты и образа жизни. Эпидемиологические исследования последних лет, включавшие больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в Узбекистане, показали, что, несмотря на внедрение во врачебную практику эффективных лекарственных средств [ингибиторы АПФ (иАПФ) и бета-адреноблокаторы (БАБ)], однолетняя смертность больных в этой популяции остается по-прежнему высокой, достигая 30% в год [1-3]. Среди возможных причин этого явления особая роль отводится низкой приверженности пациентов предписанному терапевтическому режиму и отсутствию выполнения врачебных рекомендаций, касающихся диеты и образа жизни.

Заключение. Обучение и активное трехлетнее амбулаторное ведение больных ХСН способствовало повышению приверженности пациентов медикаментозной терапии, улучшению клинического состояния больных и улучшению прогноза. Проводимая программа обучения и активное амбулаторное ведение в течение 3 лет у больных ХСН способствовали повышению приверженности пациентов медикаментозной терапии, улучшению клинического состояния больных и уменьшению числа неблагоприятных событий

НЕЙРОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ «COVID-19» И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ.

С.А.Касимова

**Андижанский Государственный Медицинский Институт
Кафедра Неврологии**

Актуальность: Пандемия коронавирусной инфекции, повлияла на многие системы организма и характеризовалась не только тяжелым течением заболевания, но и многочисленными осложнениями. Последствия перенесенного COVID-19 т были самыми разными — больные жаловались и на отсутствие обоняния, на выпадение волос, слабость, затруднённое дыхание, одышку и т.д. Но отдельной группой были проблемы с нервной системой, в частности, депрессии. С начала пандемии COVID-19 наблюдался рост депрессивных расстройств. В одном из метаанализов показано семикратное увеличение (с 3,44 до 25%) в 2021 г. общей распространенности депрессии по сравнению с 2017 г. **Результаты** другого метаанализа продемонстрировали, что общая распространенность депрессии у пациентов с COVID-19 составляет 45% случаев, тревоги — 47%, а нарушений сна — 34%.

Материалы и методы исследования: нами было обследовано 50 амбулаторных больных, перенесших COVID-19. У всех больных заболевание было подтверждено лабораторными исследованиями ПЦР. Из них 27 больных перенесли ковид в тяжёлой форме, лечились стационарно, 15 больных — в среднетяжёлой форме — лечились стационарно, у 8 больных в лёгкой форме — лечились амбулаторно. Основными



жалобами всех больных были одышка, общая слабость, отсутствие аппетита, потеря обоняния, бессонница, чувство тревоги, апатия, плаксивость, сухой кашель. На фоне многообразия симптомов чувство тревоги, страха смерти, апатия, потеря смысла жизни, плаксивость были наиболее выраженными. Переболевшие боялись заразиться повторно, переживали за своих близких. Больные стали замечать, что стали воспринимать всё близко к сердцу, ощущали неуверенность в завтрашнем дне. Из-за постоянного страха и беспокойства больные отмечали снижение качества жизни. Для точной диагностики степени выраженности тревоги и депрессии всем больным был проведён тест Спилберга Ханина. Тест определяет уровень тревожности исходя из шкалы самооценки.

Результаты исследования: Наши исследования показали, что у 32 больных тест показал 46 баллов, что означает высокая тревожность, у 7-ми больных тест показал 43 балла, что означает средняя тревожность и у 1-го больного тест показал 28 балла, что означает низкая тревожность. Кроме этого тест показал, что личностная тревожность превалировала над ситуативной тревожностью. Всем больным, независимо от степени выраженности тревоги был рекомендован препарат Феварин 50мг, по одной капсуле вечером течение 7 дней, затем 100мг 1 таб вечером в течение месяца. Эффективность препарата оценивалась на 15 день от начала приёма.

На фоне приёма препарата больные отмечали регресс таких симптомов, как плаксивость, чувство тревоги, страха смерти, апатия, улучшение качества сна. Отмечали некоторое улучшение настроения, появление интереса к чтению книг, просмотра видеофильмов.

Выводы: одним из неизбежных осложнений «COVID-19» является постковидная депрессия, которую необходимо вовремя распознать и пролечить, так как нелечённая депрессия может повысить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Приём антидепрессантов является необходимым условием в лечение постковидной депрессии

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА

С.А.Касымова

Анджанский Государственный Медицинский институт
Кафедра Неврологии

Демиелинизирующие заболевания – это группа заболеваний, при котором происходит повреждение миелиновых оболочек проводящих путей в головном и спинном мозге. Одним из этой группы заболеваний, является боковой амиотрофический склероз (БАС) или болезнь Шарко - хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, характеризующееся системным поражением мотонейронов спинного и головного мозга, с неблагоприятным прогнозом, значительным ограничением жизнедеятельности и нарушением трудоспособности уже на ранней стадии. Выделяют



несколько форм болезни: высокая (церебральная, бульбарная, шейно- грудная, пояснично- крестцовая. Но независимо от форм клиника протекает со смешанными параличами. В дебюте заболевания выявляются симптомы периферического паралича, затем на фоне их появляются симптомы центрального паралича. В связи с нетипичным началом, диагностика БАС на начальных этапах является затруднительной.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находились 10 больных с диагнозом БАС, в возрасте от 48 до 53 лет. Из них у четырёх больных диагностирована церебральная форма, у двоих больных –бульбарная форма, у четверых – шейно-грудная форма. Трём больным первично был поставлен диагноз «Плексит», двое больных в дебюте заболевания лечились у эндокринолога с диагнозом «Гипотиреоз», остальные с начала заболевания был выставлен диагноз БАС. Основными жалобами больных были: осиплость голоса, поперхивание при проглатывании пищи, затруднение речи, слабость, похудание в конечностях, При исследовании неврологического статуса у больных было выявлено: бульбарный синдром (дисфония, дисфагия, гипотрофии мышц языка, поддёргивания мышц языка), на фоне периферического тетрапареза, фибриллярные поддёргивания мышц конечностей, оживление сухожильных рефлексов, наличие патологических рефлексов. Чувствительность сохранена. Нарушения функций тазовых органов не нарушена. Всем больным было проведено МРТ исследование, где не было выявлено органических поражений. Больные с бульбарной формой проконсультированы ЛОР врачом. Лабораторные исследования патологии не выявили.

Выводы: В настоящее время не существуют исследований, позволяющих достоверно поставить диагноз БАС. Диагноз ставится только после исключения всех других заболеваний. Обследование больного с подозрением на БАС, помимо неврологического осмотра, должны включать МРТ исследование головного и спинного мозга. Диагностика заболевания должна проводиться только неврологом, поскольку существует большое количество заболеваний, способных «имитировать» БАС.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Д.И.Садикова

Кафедра хирургии и урологии АГМИ

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) остаются одной из наиболее важных проблем современной урологии и медицины в целом. ИМП чаще всего являются неосложненными доброкачественными заболеваниями, однако ввиду тяжелой симптоматики они приносят большой дискомфорт и значительно снижают качество жизни. При этом существуют как манифестные, так и малосимптомные (скрытые)



варианты с латентным течением, способные к манифестации на фоне других инфекционных заболеваний.

Инфекции моче **Выводящих путей (ИМП)** остаются одной из наиболее важных проблем современной урологии и медицины в целом. ИМП чаще всего являются неосложненными доброкачественными заболеваниями, однако ввиду тяжелой симптоматики они приносят большой дискомфорт и значительно снижают качество жизни. При этом существуют как манифестные, так и малосимптомные (скрытые) варианты с латентным течением, способные к манифестации на фоне других инфекционных заболеваний.

Цель работы - установить эффективные методы ранней диагностики острого необструктивного пиелонефрита у больных с непереносимостью антибиотиков широкого спектра действия.

Материал и методы исследования: использованы данные историй болезни 114 больных с острым необструктивным пиелонефритом, находившихся на лечении в урологическом отделении клиники Андijanского государственного медицинского института имени Ю.Отабекова с 2018 по 2022 годы. Все больные распределены на 2 группы: основную и контрольную. В основную группу вошли 54 пациента, в контрольную группу включено 60 пациентов. Возраст больных основной группы колебался от 16 до 82 лет и составил в среднем $35,6 \pm 2,7$ года; контрольной группы от 16 до 92 лет, средний $33,7 \pm 2,5$ года. Женщин в основной группе было 49, мужчин 5, в контрольной соответственно 56 и 4.

Результаты исследования: Основанием для отказа от назначения антибиотиков широкого спектра действия в основной группе и отступления от стандартной схемы лечения было указание в анамнезе на непереносимость или аллергические реакции на данные группы препаратов, поливалентная аллергия, а также отмена препаратов при признаках аллергии в самом начале лечения.

Из 54 больных основной группы указание в анамнезе на непереносимость антибиотиков ряда пенициллинов, цефалоспоринов и аминогликозидов при лечении ранее внепочечных заболеваний было у 37 (68,5%), аллергические реакции после первой инъекции антибиотика в стационаре у 11 (20,4%) и аллергические реакции через сутки от начала лечения у 6 (11,1%).

Степень выраженности аллергии, возникшей в стационаре у 17 больных, была от умеренной кожной сыпи на конечностях и туловище у 12 (70,6%) до выраженной крапивницы с образованием пузырей на коже у 3 (17,6%) и отека по типу Квинке у 2 (11,8%).

Цефалоспорины вызвали аллергические осложнения в 6 (35,3%) наблюдениях, аминогликозиды в 11 (64,7%). У всех пациентов с аллергическими проявлениями удалось справиться консервативно, без тяжелых последствий.

Таблица 1. Частота клинических симптомов ОНП.

Симптомы Основная группа n = 54 Контрольная группа n= 60



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Боли в пояснице	54 (100%)	60 (100%)
Лихорадка	54 (100%)	60 (100%)
Озноб	43 (79,6%)	52 (86,6%)
Дизурия	23 (42,6%)	32 (53,3%)
Общая слабость	19 (35,2%)	20 (33,3%)

Из таблицы следует, что по частоте клинических проявлений ОНП группы были однородны, а наиболее частыми клиническими проявлениями пиелонефрита были боли в поясничной области и повышение температуры тела, наблюдавшиеся у всех наших больных.

Всем больным при поступлении производилась фазово-контрастная микроскопия осадка мочи, позволяющая быстро и точно подтвердить наличие воспалительных изменений в мочевых путях по степени бактериурии и лейкоцитурии, соотношению активных и неактивных лейкоцитов, определить тяжесть поражения по наличию патологических форм лейкоцитов, а также предположить восходящий путь инфицирования почек на фоне цистита по большому количеству эпителиальных клеток мочевого пузыря в осадке.

Основные исходные параметры показателей осадка мочи при фазово-контрастной микроскопии в группах при поступлении в сравнении с общепринятыми методиками представлены ниже.

У 31 (58%) пациента основной и 33 (55%) контрольной групп бактериурия была выраженной и составляла более 1 млн микробных тел в 1 мл мочи, и только в 10 (18,5%) наблюдениях основной и 12 (20%>) контрольной групп этот показатель был до 100 тысяч. Различий в группах не отмечено.

По уровню лейкоцитурии группы несколько отличались: минимальная лейкоцитурия до 20 тыс в 1 мл была больше в основной группе (30% против 20%), а максимальная более 100 тыс в 1 мл - в контрольной (25% против 17%).

Как видим, по общему анализу мочи уровень лейкоцитурии в группах был аналогичен выявленному количественной методикой: минимальные изменения до 10 лейкоцитов в п/зр. чаще встречались в основной группе (15% против 12%), а максимальные более 100 в п/зр. - в контрольной (23% против 19%). Это свидетельствует о достоверности выявленного уровня лейкоцитурии при определении по Де Альмейда-Нечипоренко.

При сопоставлении полученных данных с результатами бактериологического посева мочи установлено, что частота выявления бактериурии составляла 42 (77,8%) исследования в основной и 44 (73,3%) в контрольной группах.

При этом высокая степень бактериурии 10бКОЭ и выше выявлена у 27 (48,2%) пациентов основной и 35 (38,4%) контрольной групп, и только в 7 (13%) исследованиях основной и 5 (8,3%) контрольной групп этот показатель был 10аКОЭ и ниже. Из этого следует, что при оценке степени бактериурии фазово-контрастная микроскопия предпочтительнее бактериологического посева мочи, прежде всего тем, что результат исследования известен сразу при поступлении, а при посеве значительно позже.



Вывод: Среди методов ранней диагностики основных проявлений острого пиелонефрита - бактериурии и лейкоцитурии - наиболее информативным, быстрым и малозатратным является фазовоконтрастная микроскопия осадка мочи, позволяющая к тому же по морфологическим особенностям лейкоцитов и количеству клеток эпителия мочевого пузыря отличить воспалительные изменения в почке и мочевом пузыре.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Д.И.Садикова

Кафедра хирургии и урологии АГМИ

Проблема пиелонефрита остается одной из самых актуальных в урологии, не имея тенденции к уменьшению заболеваемости за последние годы, а среди форм пиелонефрита острый необструктивный является самой распространенной, поражая преимущественно лиц молодого трудоспособного возраста женского пола, что определяет не только медицинскую, но и социальную значимость улучшения ранней диагностики и результатов лечения этого заболевания.

Проблема пиелонефрита остается одной из самых актуальных в урологии, не имея тенденции к уменьшению заболеваемости за последние годы, а среди форм пиелонефрита острый необструктивный является самой распространенной, поражая преимущественно лиц молодого трудоспособного возраста женского пола, что определяет не только медицинскую, но и социальную значимость улучшения ранней диагностики и результатов лечения этого заболевания. Широкое, зачастую бесконтрольное применение антибиотиков для лечения пиелонефрита, без учета чувствительности флоры, показало достаточно частую его несостоятельность в плане элиминации микроорганизмов, а нередко и отрицательное влияние на макроорганизм в виде выраженного угнетения иммунной системы, частых аллергических реакций, токсического эффекта.

Цель исследования - оценить **Результаты** лечения острого необструктивного пиелонефрита у больных с непереносимостью антибиотиков широкого спектра действия.

Материал и методы исследования. Обследованы 114 больных с острым необструктивным пиелонефритом, находившихся на лечении в урологическом отделении клиники АГМИ с 2018 по 2022 годы. Все больные распределены на 2 группы: основную и контрольную. В основную группу вошли 54 пациента, получавших лечение без традиционных антибиотиков широкого спектра действия (аминогликозиды, цефалоспорины), но получавших с момента поступления «Иммуновит» в качестве препарата, повышающего неспецифическую иммунологическую защиту организма.



В контрольную группу включено 60 пациентов, получавших традиционное лечение с использованием антибактериальных препаратов группы аминогликозидов (гентамицин или амикацин) или цефалоспорины 1-4 поколений.

Возраст больных основной группы колебался от 16 до 82 лет и составил в среднем $35,6 \pm 2,7$ года; контрольной группы от 16 до 92 лет, средний $33,7 \pm 2,5$ года. Женщин в основной группе было 49, мужчин 5, в контрольной соответственно 56 и 4.

Результаты исследования. При анализе результатов лечения оказалось, что средний койко-день стационарного лечения в основной группе составил $11,8 \pm 1,6$, в контрольной $12,1 \pm 2,1$ ($p=0,02$).

После выписки из стационара всем больным основной и контрольной групп в качестве долечивания назначалась, как базовая, противовоспалительная терапия до 6 недель препаратами уроантисептического ряда (фторхинолоны, нитрофураны, 5-НОК и др.), фитотерапия, физиолечение. Всем больным основной группы дополнительно назначался прием Иммуновита по 1 ч.л. — 3 раза в день до 2 месяцев, а затем по 1 ч.л. - 1 раз в день утром до 6 месяцев, с повторением курсов поддерживающей терапии по 1 месяцу весной и осенью до 2 лет.

Через 1 месяц после выписки получены сведения об общем состоянии, анализах крови и мочи, фазово-контрастной микроскопии осадка мочи, посевах мочи, по показаниям УЗИ почек у 48 (88,9%) пациентов основной и 52 (86,7%) контрольной группы. Признаки латентного пиелонефрита при отсутствии жалоб со стороны моче **Выводящих путей** выявлены у 3 пациентов основной группы (6,25% обследованных), у всех троих при этом имело место игнорирование данных при выписке рекомендаций и прекращение лечения на амбулаторном этапе, им продолжена терапия с использованием антибактериальных препаратов уроантисептического ряда, Иммуновита, фитотерапия с положительным эффектом, отсутствием признаков пиелонефрита при очередном обследовании.

В контрольной группе через 1 месяц после выписки жалобы со стороны мочевых путей (ноющие боли в поясничной области, периодически появляющаяся дизурия, слабость, иногда субфебрильная температура) предъявляли 4 пациентки (7,7% обследованных), при обследовании у них выявлен латентный пиелонефрит, а еще у 4 (7,7%) лабораторные признаки латентного пиелонефрита найдены без клинических проявлений.

Таким образом, в контрольной группе через месяц после выписки из стационара не удалось добиться ремиссии пиелонефрита в 8 наблюдениях (15,4% обследованных), что в 2,5 раза превышает аналогичный показатель в группе, принимавшей Иммуновит (3 больных - 6,25%). Этим больным также была продолжена антибактериальная терапия и фитотерапия, однако при динамическом наблюдении добиться ремиссии удалось только у 2 из них, а 6 в последующем имели проявления хронического пиелонефрита.

Через 6 месяцев данные о контрольном обследовании, включающем анализы крови и мочи, фазово-контрастную микроскопию осадка мочи, посев мочи и УЗИ почек, получены у 43 (79,6% лечившихся) пациентов основной группы и у 47 (78,3%) контрольной.



В основной группе жалоб со стороны мочевых путей пациенты не предъявляли, признаки латентного пиелонефрита при обследовании выявлены у 1 больной (2,3%) обследованных, при этом обструктивной патологии почек не найдено, назначен повторный курс уроантисептиков, лазеротерапии, Иммуновита.

В контрольной группе различные клинические проявления пиелонефрита отметили 6 (12,7%>) пациентов (все имели проявления пиелонефрита через месяц после выписки), диагноз подтвержден данными обследования, еще 2 (4,2%>) перенесли повторные атаки пиелонефрита со стационарным консервативным лечением, а у 2 (4,2%) выявлен хронический пиелонефрит без клинических проявлений. Всего в контрольной группе через 6 месяцев проявления пиелонефрита констатированы в 10 наблюдениях (21,3% обследованных), что почти в 10 раз превышает показатель основной группы.

Отдаленные **Результаты** лечения через 1 год после выписки из стационара изучены у 42 (77,8%) пациентов основной и у 45 (75%) контрольной группы. Комплекс обследований в диагностическом отделении включал анализы крови и мочи, фазово-контрастную микроскопию осадка мочи, посев мочи, биохимический анализ крови, УЗИ почек, выполненные у всех при контроле, а также экскреторную урографию у 4больных.

В основной группе у 1 больной (1,85%) через 8 месяцев была повторная атака пиелонефрита с той же стороны, купированная консервативно; еще в 1 наблюдении (1,85%) выявлен латентный хронический пиелонефрит; остальные пациенты на фоне профилактического приема Иммуновита имели нормальные показатели анализов крови и мочи, сохранную структуру и функцию почек, отсутствие клинических признаков пиелонефрита.

В контрольной группе повторные атаки пиелонефрита на протяжении года наблюдения отмечены у 5 пациентов (8,3%), из них у 4 купированы консервативным лечением с использованием антибиотиков, к которым ранее была чувствительность флоры; в 1 (2,2%) случае при повторной атаке диагностирован карбункул почки, выполнена органосохраняющая операция. Еще у 3 больных (6,7%) контрольной группы выявлен латентный хронический пиелонефрит, все они продолжают амбулаторное лечение.

Выводы: Таким образом, в отдаленном периоде стойкой ремиссии пиелонефрита удалось добиться у 40 (95,2%) из 42 обследованных больных основной группы и 37 (82,2%) из 45 контрольной, повторные атаки пиелонефрита на протяжении года перенесли 1 пациент (1,85%) основной группы и 5 (11,1%) контрольной, оперативное вмешательство в связи с переходом в гнойно-деструктивную форму выполнено в 1 (2,2%) случае в контрольной группе и не было таковых в основной, всего различные проявления пиелонефрита через год имели 2 (4,8%) пациента основной и 8 (17,8%) контрольной группы. Приведенные данные также свидетельствуют о заметном преимуществе лечения острого необструктивного пиелонефрита с включением Иммуновита.



ИЗМЕРЕНИЕ ТКАНИ ПЕРЕДНЕЙ ЧАСТИ ШЕИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Садикова М.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Золотым стандартом поддержания проходимости дыхательных путей при оперативных вмешательствах является интубация трахеи. Проблема оценки риска развития феномена «трудных дыхательных путей» на этапах хирургического лечения тяжелой ожоговой травмы и подходы к преодолению ситуации «трудных дыхательных путей» не учтены и не разработаны ни в указанных методических рекомендациях, ни в мировой анестезиологической практике. По нашему мнению, адекватная предоперационная оценка проходимости верхних дыхательных путей у данной категории пациентов является залогом безопасности. Предсказать «трудные дыхательные пути» у пациента в обычной популяции с высокой долей чувствительности и специфичности не может ни один из существующих методов оценки. Мы не можем адекватно оценить открытие рта, разгибание шеи, выдвижение нижней челюсти, поскольку эти действия могут быть ограничены или невозможны за счёт рубцовой контрактуры, а также выраженных болевых ощущений при попытке выполнения этих движений.

Целью настоящего исследования является измерение ткани передней части шеи под контролем ультразвука для прогнозирования сложной ларингоскопии, затрудненного проходимости дыхательных путей и дифференцированного подхода к ним в каждом конкретном случае.

Материалы и методы: В настоящее исследование включено 50 пациентов возрастной группы 18-60 лет, перенесших плановые операции под общим наркозом. Это было проспективное обсервационное исследование, в которое были включены пациенты с физическим статусом ASA I и II. Исключены были пациенты с деформациями лица и шеи, травмой шеи или пациенты, перенесшие операцию на гортани, надгортаннике и глотке. Для ультразвуковых измерений использовался аппарат УЗИ Sono Site M-Turbo (FUJIFILM) с линейным датчиком 8-13 Гц. Тироментальное расстояние (ТМР) измеряли от подбородочного выступа до щитовидного хряща при полностью вытянутой шее пациента. Грудино-ментальное расстояние (ГМР) измеряется от надгрудинной вырезки до подбородка при полностью вытянутой шее. Окружность шеи (ОШ) измеряли по щитовидному хрящу. Межрезцовый промежуток (МРП) измеряли от верхних центральных резцов до нижних центральных резцов при полностью открытом рте пациента. Был проведен тест прикуса верхней губы (ТПВГ), когда пациенту было предложено прикусить верхнюю губу.

Больного укладывают на спину с нейтральной позицией головы и шеи. Расстояние от кожи до передней части трахеи определяли путем размещения линейного датчика на трех разных уровнях шеи в поперечном положении: над подъязычной костью (DSHB),



щитоподъязычной мембране (ПМКН) и передней спайке (DSAC). Сравнительный анализ проводили с использованием t-критерия для непрерывных переменных и хи-квадрата или точного критерия Фишера для не непрерывных переменных. Корреляционный анализ выполнен с помощью теста Пирсона.

Результаты нашего исследования показывают, что толщина мягких тканей передней части шеи на уровне подъязычной кости, щитовидной железы и передней спайки больше в группе сложной ларингоскопии. Значения трех параметров (сложный или легких); подъязычная кость: Из 106 пациентов 56 были отнесены к категории сложных ларингоскопий. Толщина подъязычной кости (ТПК), щитовидной подъязычной оболочки (ЩПО) и передней спайки (ПС), МОМ (модифицированная оценка Маллампати), TMD (тироментальное расстояние) и ИМТ (индекс массы тела) были больше в группе сложной ларингоскопии ($p < 0,001$). ЩР (щитовидное расстояние) была меньше в группе сложной ларингоскопии ($p < 0,001$). Наблюдалась сильная положительная корреляция между ЩПО и ПС ($r = 0,784$). Умеренная положительная корреляция была между ЩПО и ПК ($r = 0,559$), ЩПО и МОМ ($r = 0,437$). Площадь под кривой (AUC) ПК, ЩПО, ПС, TMD и МОМ составляет $>0,7$. Оптимальные пороговые значения для ЩПО, ТПК, ПС и TMD составляли 1,34 см, 0,98 см, 1,68 см и 6,59 см соответственно при прогнозировании затрудненных дыхательных путей.

Заключение: Таким образом можно сделать **Вывод**, что ультразвуковое измерение толщины мягких тканей подъязычной кости, щитовидно-подъязычной мембраны и передней спайки голосовой связки являются хорошими независимыми предикторами трудной ларингоскопии. Отдельные параметры показали ограниченную достоверность. В сочетании с традиционными скрининговыми тестами они улучшают возможность прогнозирования сложной ларингоскопии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОД У НАРКОЗАВИСИМЫХ ЖЕНЩИН

Садикова С. Салиев М.М., Муминов Р.К., Аграновский М.Л.

Андижанский государственный медицинский институт,

Кафедра психиатрии и наркологии

Актуальность. Несмотря на то, что в последнее время проблеме наркомании уделяется большое внимание, влияние наркотических веществ на течение беременности, внутриутробное состояние плода и новорожденного изучено недостаточно. Поэтому **Целью** нашего исследования явилось выявление особенностей течения беременности и родов, а также состояние новорожденных у матерей с наркотической зависимостью.

Целью исследования На основе изучения течения беременности и ее исходов у наркозависимых женщин, разработать принципы рационального ведения и профилактики возможных осложнений у данной категории беременных.



Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами было обследовано 7 беременных, употребляющих наркотические средства. Для сравнения взята контрольная группа из 7 соматически здоровых беременных. Регулярное наблюдение за беременными наркоманками имело свои особенности, такие как: недисциплинированность в посещении врача, безразличное и безответственное отношение к беременности.

Результаты исследования. При клиническом обследовании нам удалось выявить угрозу прерывания в различные сроки беременности, развитие ранних и поздних токсикозов, а также хронической гипоксии и отставанию развития плода. Наличие напряжения в системе гипоталамус- гипофиз- надпочечники, возможно сказывается на гормональном статусе беременной при наркотической зависимости и приводит к аномалиям родовой деятельности и ухудшению состояния плода и новорожденного. Хроническое воздействие наркотических веществ на плод во время беременности приводит к проявлению у новорожденного абстинентного синдрома, что также снижает адаптационные возможности организма новорожденного. Средняя масса родившихся детей по сравнению с контрольной группой ниже на 600 г.

Выводы: Применение препарата дельтаран у беременных с наркозависимостью позволяет предупредить развитие выраженного абстинентного синдрома. Это позволяет исключить необходимость использования психоактивных веществ у данного контингента больных.

При применении дельтарана у беременных неонатальный абстинентный синдром или не возникает или протекает в легкой форме, не требующей проведения интенсивной терапии. Использование препарата дельтаран у наркозависимых беременных позволяет снизить частоту внутриутробной гипоксии плода.

Результаты, полученные при изучении особенностей личностно-психологических характеристик у наркозависимых беременных, могут быть использованы в психотерапевтической работе с данным контингентом больных.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ БОРЬБЫ С ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Садикова С. Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М.

Андижанский государственный медицинский институт,

Кафедра психиатрии и наркологии

Введение. Несмотря на профилактические меры, которые предпринимаются сегодня повсюду, число курильщиков постоянно возрастает. Многие люди, имеющие значительный стаж курения, желают бросить курить, однако вследствие неких причин все возвращаются и возвращаются к курению.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Курящих людей условно можно отнести к трем группам: существует стойкий синдром никотиновой зависимости (физиологическая зависимость), никотиновой зависимости нет, курение обуславливается психологической зависимостью; сочетание двух типов зависимостей - физической и психологической.

Цель исследования. Изучение эффективности психологического лечения табачной зависимости методом «двойного кодирования».

Метод исследований. Психотерапевтическое лечение методом «двойное кодирование» прошли 138 больных с табачной зависимостью.

Диагностика табачной зависимости осуществлялась по классификации никотиновой наркомании.

I стадия (бытовое курение) – несистематическое курение (около 5 сигарет в день), никотиновой абстиненции нет, вегетосоматические явления отсутствуют или выражены слабо, полностью обратимы;

II стадия (привычное курение) – курение постоянное (от 5 до 15 сигарет в день), зависимость отчасти физическая, толерантность повышена, абстиненция, поражения внутренних органов незначительны, в определённой степени обратимы после прекращения курения;

III стадия (пристрастное курение) – толерантность к курению высокая, абстиненция тяжёлая, зависимость чисто физическая, влечение непреодолимое (человек курит не менее 1-1,5 пачки папирос или сигарет в день), выработалась привычка курить натощак и сразу после еды, а также среди ночи. Определяются значительные поражения внутренних органов и нервной системы у всех пациентов этой группы.

Первая стадия табачной зависимости была диагностирована у 58 больных (42,0%), вторая стадия – у 56 больного (40,6%), третья стадия – у 24 больных (17,4%). Их возраст составил от 20 до 65 лет. Мужчин было 106 больных (76,8%), женщин – 32 больных (23,2%). Длительность систематического курения составила от 5 до 33 лет (в среднем 19,5±2,3).

Результаты лечения. У больных первой стадией табачной зависимости (58 человека) прекращение курения табака наблюдалось в 100% случаев. У больных со второй стадией табачной зависимости (56 человек) эффективность лечения нашим способом составила 92,9%. При третьей стадии табачной зависимости (24 больных) прекращение приёма курения наблюдалось у 79,2%.

Выводы. На сегодняшний день используют инновационные методы лечения никотиновой зависимости, в которые входят рефлексотерапия, микрочиповое программирование, медикаментозная терапия, а так же метод сенситивного вытеснения. Над преодолением табачной зависимости необходимо работать комплексно, что позволяет эффективно лечить зависимость и достигать положительных результатов совместной работы специалистов и пациента.

Общая эффективность лечения составила 93,5% (129 пациентов). При этом наблюдалось достоверно значимое число ремиссий качественно лучшего состояния, а прекращение курения табака сочеталось с исчезновением у больных патологического психологического



влечения к табакокурению и исчезновением гетерогенной психопатологической симптоматики.

Наблюдается также значительное сокращение сроков лечения по сравнению с медикаментозной терапией, иглорефлексотерапией и коллективной эмоционально-стрессовой психотерапией.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ АОРТА КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Саидов Х.Ш., Низамов Х.Ш., Кушназаров Р.С., Рахматуллаев А.А., Курбанов Б.Х.
Самаркандский региональный филиал РСНПМЦК

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в течение многих лет является главной причиной смертности и инвалидизации населения в экономически развитых странах. В связи с образом жизни и поведенческими изменениями, которые способствуют формированию данной патологии, ожидается рост сердечно-сосудистых заболеваний. По данным статистики порядка 25% всех смертей связаны с этой патологией.

Цель исследования. Оценить эффективность аорта коронарного шунтирования миокарда у пациентов с выраженным снижением функции левого желудочка.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 120 пациентов возрастом от 38 до 74 лет с осложненными формами ИБС, а именно выраженным снижением сократительной функции ЛЖ (ФВ менее 30%), в отделениях сердечно-сосудистой хирургии Самаркандском филиале Республиканский специализированный кардиологический научно-практического медицинского центра г. Самарканда с 2018г. по 2023г. Фактором, определяющим деление, послужил вид хирургического вмешательства. Группа I (n = 60) состояла из пациентов, которым проводилось аорта коронарное шунтирование. Группа II (n = 60) включала в себя больных, которым выполнялось аорта коронарное шунтирование в сочетании с пластикой митрального клапана. Для предоперационного обследования больных ИБС при подготовке коронарному шунтированию была проведена общеклиническое и лабораторно-инструментальное обследование.

Средний возраст 120 про оперированных больных 73 (60,8%) мужчин и 47 (39,2%) женщин) составил $62,1 \pm 10,2$ лет. Оценка функционального класса СН пациентов выполнялась согласно классификации принятой Нью-Йоркской ассоциацией кардиологов (НУНА). По результатам исследования 77 (64,2%) больных имели ХСН III ф.к. по НУНА. Большинство пациентов длительно страдали ИБС: средняя продолжительность $8,6 \pm 2,3$ лет с момента дебюта стенокардии или ИМ. По функциональному классу стенокардии группы между собой достоверно не отличались. Мультифокальный атеросклероз был выявлен у



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



34 (28,3%) пациентов, и проявлялся поражением коронарных артерий, а также артерий нижних конечностей и головного мозга. Сахарный диабет II типа был выявлен у 46 (38,3%) исследуемых, осложнившийся диабетической нефропатией с повышением уровня креатинина крови до операции была выявлена у 14 (11,7%) пациентов. Уровень креатинина составлял $155,1 \pm 57,3$ ммоль/л, повышения уровня калия крови выявлено не было. Эти пациенты наблюдались у нефролога и не имели показаний для гемодиализа. Избыточный вес различной выраженности был диагностирован у 38 (31,7%) пациентов. В среднем индекс массы тела составил $28,3 \pm 2,8$. Диагноз ожирение I степени был выставлен 31 (25,8%) пациентам, ожирение II ст. выявлено у 6 (5%) пациентов. Длительный стаж курения в анамнезе имел место у 66 (55%) пациентов. У пациентов с длительным анамнезом хронической обструктивной болезни легких, по данным спирометрии выявлено умеренное снижение жизненной емкости легких (индекс Тиффно $65,3 \pm 7,4\%$), из общей их количество составило 38 (31,6%). Анемия средней степени тяжести была выявлена у 14 (11,7%) пациентов до операции по результатам клинического анализа крови. Уровень гемоглобина в среднем составил $104,8 \pm 11,6$ г/л. Оценка коморбидности с анализом тяжести сопутствующей патологии проводилась с помощью индекса Charlson, который составил $6,6 \pm 0,7$. **Актуальность** исследования подчеркивает тот факт, что 62,3% пациентов, включенных в исследование, сохраняли трудоспособность.

Результаты исследования. По результатам ЭхоКГ на дооперационном этапе во всех исследуемых группах отмечалось выраженное расширение полости ЛЖ и ухудшение сократительной функции миокарда. Отмечены достоверно меньшая толщина задней стенки ЛЖ и большие размеры фиброзного кольца МК у пациентов во 2 группе. Задняя стенка ЛЖ соответствует месту крепления задней ПМ. Поражение ЗПМ и дилатация ФК МК являются одними из причин МН. Достоверно большее давление в ЛА у пациентов 2 группы объясняется наличием митральной недостаточности. АКШ в условиях ИК и ретроградной коронарной кардиopleгии способствовала достоверному уменьшению объемов полости и размеров ЛЖ, значительному улучшению сократительной функции миокарда как базальных сегментов, так и глобальной функции миокарда ЛЖ. Обнаружено достоверное снижение давления в ЛА. Проведенный анализ контрольной ЭхоКГ на 7-е сутки после АКШ показал статистически значимое влияние коронарного шунтирования в сочетании с пластикой митрального клапана на уменьшение объема и размера полости ЛЖ, увеличение глобальной сократительной функции миокарда ЛЖ.

Вывод. Аорта коронарное шунтирование представляет собой безопасный и эффективный способ лечения ишемической болезни сердца у больных с выраженным снижением сократительной функции миокарда.



ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УЗБЕКИСТАНЕ.

Саипова Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Рак молочной железы является основной причиной смертности среди женщин глобально, Узбекистан не является исключением. Системный скрининг рака молочной железы позволяет выявлять случаи рака на ранних этапах, что позволяет улучшить исход болезни. В настоящее время, в стране внедрена программа оппортунистического скрининга рака молочной железы (РМЖ). Однако, отсутствие системного общенационального скрининга на РМЖ, ограничивает возможности анализа и эволюции стратегий по раннему выявлению РМЖ. В свою очередь, экономическая оценка эффективности скрининга РМЖ является важным подспорьем для принятия стратегического решения в формировании методологии скрининга для страны в целом. По причине отсутствия данных системного скрининга РМЖ в Узбекистане, для исследования, было решено использовать **Результаты** экономической оценки скрининга РМЖ, проведенного в Казахстане в 2016 году, единственной в постсоветском пространстве.

Цель. Основной **Целью** данного исследования была оценка влияния скрининга на исход болезни и качества жизни женщин, включая анализ экономических аспектов обоснования скрининга для внедрения его в стране.

Материалы и методы. Основываясь на Казахстанской модели, было предположено два сценария: скрининговая и не скрининговая группы. В это исследование были включены 3 604 000 женщин в целевом возрасте от 45 до 65 лет. Распространенность предполагалась равной 1% и состояла из 3604 случаев рака молочной железы. Используя статистическую модель, мы подсчитали затраты на программу маммографического скрининга и лечение рака молочной железы для каждого сценария. Целевыми результатами были сэкономленные годы жизни с поправкой на качество (QALY) и общие затраты. Экономическая эффективность оценивалась как дополнительные коэффициенты экономической эффективности (ICERs), используемые для сравнения двух сценариев.

Результаты исследования. **Результаты** исследования описывают и суммируют следующие категории затрат: затраты на скрининг и лечение, а также количество полученных QALY. По сравнению со сценарием без скрининга, организованная программа маммографического скрининга (MSP) дала дополнительные 5044 года жизни и 3955 QALYs. Дополнительный коэффициент рентабельности был равен 6673 долл. США на один сэкономленный QALY.

Выводы. Скрининговое вмешательство является более экономически эффективным, чем альтернативная стратегия (без скрининга). Однако, учитывая ограничения исследования, проведения анализа на основании результатов скрининга



Казахстана, и достоверности данных по Узбекистану, предоставляет возможность для продолжения исследования в определении наилучшей стратегии с точки зрения используемой методологии скрининга и сроков.

ОПЫТ ОФОРМЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ (РО) НА ПРИМЕРЕ КАФЕДРЫ НОРМАЛЬНОЙ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ С КУРСОМ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ТИПОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА ОШГУ

Сакибаев К.Ш., Аблазова Г.А., Орозалиева Н.К., Жороева А.К., Суюнбаев А.Х.
Ошский государственный университет, Ош, Кыргызстан

В Кыргызской Республике реализуется ГОС ВПО по специальности 560001 Лечебное дело. При освоении ООП ВПО и успешном прохождении государственной итоговой аттестации, выпускникам вузов в установленном порядке выдается диплом о высшем профессиональном образовании с присвоением квалификации - специалист (врач). В дипломе выпускников с английским языком обучения указывается квалификация «Medical doctor».

Согласно миссии и образовательной стратегии ОшГУ и образовательной программы (ОП) по дисциплине анатомия человека кафедры нормальной и топографической анатомии с курсом конституциональной типологии человека были сформулированы и утверждены ожидаемые конечные **Результаты** обучения. При этом, ключевые навыки, компетенции и квалификационный уровень выпускника ОП определены в Национальной рамке квалификаций КР.

Пример оформления результатов обучения на уровне дисциплины.

РОд-1: способен и готов анализировать основные физические явления и биологические закономерности, лежащие в основе процессов, протекающих в организме человека, происхождения и развития жизни, антропогенез и онтогенез человека;

РОд-2: способен и готов разбираться в вопросах структурно-функциональной организации органов и систем, определении их местоположения и проекцию на поверхность тела, корректного описания с применением анатомических терминов, используемых в современной медицинской практике с учетом возраста, пола и индивидуальных особенностей организма человека;

РОд-3: способен и готов использовать учебную, научную, научно-популярную литературу для выполнения научных исследований с применением анатомических методов, а также анатомическую терминологию при ведении медицинской документации в соответствии международными стандартами.

Результаты обучения – это сгруппированные ЗУНы, «переведенные» на международный язык результатов обучения, которые легче оценивать. Компетенции больше соотносятся с профессиональными стандартами, которые определяют, что людям



следует делать, как они должны это делать и насколько хорошо они это делают. Таким образом, профессиональные стандарты должны содержать описание компетенций для каждой отдельной профессии.

Результаты обучения больше соотносятся с образовательными стандартами – то, что люди должны изучать, как они должны это учить и как будет оцениваться качество и содержание учения. Основное значение формулируется в терминах: предмет, программа, методы обучения, процесс и оценивание. Процесс обучения завершается конкретными результатами. При этом следует отметить что ЗУНы, компетенции, **Результаты** обучения не противоречат друг другу, а дополняют, расширяют понимание.

Результаты обучения являются более точными, более простыми для написания и более приемлемыми, чем задачи.

Таким образом, **Результаты** обучения представляют собой четкие формулировки того, что, как ожидается, будет знать, понимать и будет в состоянии продемонстрировать обучающийся по окончании процесса обучения, и как он будет демонстрировать свое достижение.

ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ДАННЫЕ В ОТНОШЕНИИ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ВИЧ – ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ: ПУТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ.

Салахитдинов З.С., Кодиров Д.А., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю.
Андижанский Государственный медицинский институт

В современных исследованиях указываются, что синдром бронхиальной обструкции, особенно хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) лишь у каждого четвертого населения диагностируются своевременно, а в 75% случаев имеет место запоздавшая диагностика и следовательно, наблюдается несвоевременная и нерациональная профилактика. Это приводит к росту пульмонологических “конечных точек”.

Цель исследования – определение путей ранней профилактики ХОБЛ на основе популяционных данных у ВИЧ – позитивного населения (ВИЧп - население).

Материал и методы: одномоментное эпидемиологическое исследование у 507 ВИЧп – населения, скрининговый мониторинг ХОБЛ с применением общепринятых и стандартизованных методов ВОЗ (2014).

Результаты и Выводы: скрининг показывает, что на фоне ВИЧ – инфекции ХОБЛ диагностируется с высокой частотой (до 39,1%). В структуре данной патологии преобладает синдром частично необратимой бронхиальной обструкции (25,4%) по сравнению со синдромом полной необратимой обструкции (10,7%), то есть ранняя выявляемость этих двух форм бронхиальной обструкции различается в 2,2 раза ($P < 0,01$). При сопоставлении отмеченных данных оказалось, что данные формы бронхиальной обструкции у мужчин наблюдается с распространенностью – по 62,1% и



28.4% ($P < 0,01$), а у женщин – по 69,5% и 25,6% ($P < 0,01$). Обращает на себя внимание факт о том, что отдельные формы бронхиальной обструкции среди ВИЧп – мужчин и ВИЧп – женщин отмечается со статистически незначимым отличием ($P > 0,05$).

Нами также было замечено, что ХОБЛ у ВИЧп – населения с возрастом увеличивается в 3,3 раза ($P < 0,01$) – от 25,8% до 67,5%. Существенно высокие показатели распространенности ХОЛБ имелись в возрастных группах 40 – 49 лет (75,4%) и 30 – 39 лет (37,8%). Сравнительно низкие показатели ХОБЛ на фоне ВИЧ – инфекции отмечались в группах обследованных 20 – 29 лет (29,9%) и 30 – 39 лет (37,8%). Процент ВИЧп – населения с частичной необратимой бронхиальной обструкцией увеличивается с 66% (в 20 – 29 лет) до 67,4% (в 30 – 39 лет); других возрастных группах регистрировалась с частотой – 61,2% (в 60 – 69 лет).

ХОЛБ с полностью необратимой бронхиальной обструкцией в разных возрастных группах также выявлялась со заметными различиями следующим образом: среди ВИЧп – населения в возрасте 20 – 29 лет – 35,8%, в 30 – 39 лет - 26,9%, в 40 – 49 лет – 24,5%, в 50 – 59 лет – 28,5% и 60 – 69 лет – 50%. Как видно, с возрастом ХОБЛ в данной клинической форме диагностируется с разницей в частоте распространенности на 25,5% ($P < 0,05$).

В целом, по нашему мнению, в организации профилактических мероприятий следует учитывать, что у ВИЧп – населения ХОБЛ, во всех клинических её основных вариантах, является с возрастом развивающиеся/прогрессирующийся патологией – от менее выраженных к более выраженным “эпидемиологическим”, клиническим и донозологическим проявлениям.

ОЦЕНКА СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. АНДИЖАНА

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

В последние десятилетия сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной преждевременной смертности во всех развитых странах. В развитии и прогрессировании ССЗ существенная роль принадлежит факторам риска, несвоевременное выявление и неадекватная коррекция которых повышают вероятность сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Мы провели исследование для изучения прогностической значимости факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и показателей суммарного риска в развитии .

Цель: оценка суммарного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у мужского населения г. Андижана

Материалы и методы: В исследование включено 152 мужчин в возрасте 39—57 лет без предшествующего анамнеза ишемической болезни сердца, сахарного диабета,



онкологических заболеваний. Показатели суммарного риска рассчитывали с использованием Европейской шкалы риска SCORE и Фрамингемской шкалы.

Результаты: Выявлена статистически значимая взаимосвязь вероятности их возникновения с возрастом ($p=0,02$), семейным анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний ($p=0,02$), артериальной гипертензией, в том числе высокой ($p=0,03$), умеренным употреблением алкоголя ($p=0,04$), электрокардиографическими признаками гипертрофии левого желудочка ($p=0,04$). Показано, что прогностическую значимость для их возникновения имеют возраст ($p=0,0001$), гиперхолестеринемия ($p=0,002$), артериальная гипертензия ($p=0,01$).

Кроме того, была проанализирована зависимость между частотой развития ССО и значениями прогнозируемого суммарного риска с поправкой на возраст. При этом значимая взаимосвязь ($p=0,04$) была выявлена между высоким риском и такими осложнениями, как инфаркт миокарда и мозговой инсульт. Более четкие взаимосвязи прослеживаются при анализе порядковых распределений суммарного риска и инфаркта миокарда, мозгового инсульта. То есть, мы видим монотонное увеличение частоты сердечно-сосудистых осложнений по мере нарастания степени риска.

Вывод: основными прогностическими факторами возникновения сердечно-сосудистых осложнений являются возраст, семейный анамнез, артериальная гипертензия, уровень потребления алкоголя, наличие гипертрофии левого желудочка. Наибольшую прогностическую значимость имеет сочетание нескольких факторов риска. Возрастание степени суммарного риска взаимосвязано с увеличением частоты развития сердечно-сосудистых осложнений.

ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ МОЛОЖЕ 25 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

Салиев К.К., Салиев Д., Солиев А.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: В современной гематологии немало случаев достижения длительной полной клинической и гематологической ремиссии больных с острыми лейкозами (ОЛ) благодаря умелому применению полихимиотерапии, особенно среди больных в возрасте до 25 лет.

Цель: Лечение острых лейкозов в молодом возрасте применением современных методов полихимиотерапии.

Материалы и методы: Изучены гемограммы больных острыми лейкозами в ходе лечения и оптимизации постоянной поддерживающей терапии нами были изучены 110 больных. Из них у 7 (6,36%) больных длительность жизни составила 3,5 и более лет в постремиссионном периоде. В том числе 2(28,6%) больных продолжали жить до сих пор,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



одни из них уже 49,5 месяца, другой более 144 месяцев т.е. 12 лет постремиссионном периоде, при среднем показателе для этой группы 36,7 месяца.

Все больные были подвергнуты тщательными лабораторным исследованиям периферической крови до лечения, в периоды лечения, ремиссии и длительное время 3,5 и более лет в постремиссионные периоды жизни больных. На 1-й год постремиссии необходимо 1 раз в неделю в каждый первый день недели проводить развернутый общий анализ крови, в последующие годы и далее общий развернутый анализ крови проводится 1 раз в 2 недели. Исследования костного мозга и спинно-мозговой жидкости в первый и второй годы постремиссионного периода жизни производятся 1 раз в 3 и 6 месяцев.

Результаты: Сравнительные показатели гемограммы больных острыми лимфолейкозами отмеченные в ходе лечения и в ходе проведения постоянной поддерживающей терапии у больных с длительностью жизни 3,5 года и более лет в постремиссионном периоде с полной ремиссией во внестационарных общетерапевтических условиях, представлены в таблице 3. Как видно из таблицы 3, среднее арифметическое и средние ошибки отклонения у больных острыми лимфобластными лейкозами были следующими.

Больной Р-в Д 13 лет 9.10.1998 год поступил гематологической отделении клинике Андижанского государственного медицинского института в тяжелом состоянии направительное диагнозом носовыми, диановыми кровотечениями.

При осмотра мальчик правильного телосложения, кожных покровы бледно, десновые, носовые кровотечения продолжается, жалуется на слабость, сердцабленое, одышку в легких везикулярные дыхание, пульс 136 ударов 1-минуту, граница сердца в пределах нормы А/Д 100/70 мм. рт.ст.

Со стороны пищеварения жалоб нет, нижние граница печени 1,5 см ниже реберной дуги, с легко болезненно, физические отправление регулярно.

Сделано общий анализ крови; гемоглобин 72 г/л, эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $70 \times 10^9/л$, бласты 38%, полочкоядерные 6%, сегментоядерные 8%, лимфоциты 48%, СОЭ-56 м/ч, в миелограмме костного мозга, лимфобласты 42%, цитохимические исследование с пероксидазами подтвердил острый лимфобластный лейкоз первая атака.

Лечения полихимиотерапия (ВАМП) первая атака по академика А.И.Воробьева для лечение ОЛЛ острого лимфобластного лейкоза у детей юношеского возраста и моложе 25 лет по протоколу ВАМП для профилактик нейрорлейкоза 5 раз по 12,5мг метотрексат эндолумбально в течение 17 дней и двухсторонные облучения человы 2400 рад с экранированиям глаза и теменной часты человы.

Проводили 3 курса ПХТ 8 дневными курсами междуными перерывы по 9 дней. После 3 курс ПХТ смотрите таблица №3 по всем параметром в гемограмме больного Р-в Д 13 лет значительно улучшились по сравнению с первыми днями.

Гемоглобин $80,5 \pm 4,3$ г/л, показатель $P < 0,05$, эритроциты $2,2 \pm 0,35$ г/л, $P < 0,05$, тромбоциты $170 \pm 6,7 \times 10^9/л$ $P < 0,05$, лейкоциты $2,9 \pm 0,49 \times 10^9/л$ при $P < 0,05$, бласты вообще исчезли в



периферической крови, лимфоцитоз значительно уменьшился $39 \pm 5,2$ т.е. наступил гематологические ремиссии. После курса консолидация ремиссии ПХТ смотрите таблица №3 гемоглобин стал $86 \pm 5,2$ г/л, эритроциты $3,6 \pm 0,21 \times 10^{12}/л$, цветной показатель $0,8 \pm 0,02$, тромбоциты $166 \pm 9,8 \times 10^9/л$, лейкоциты $4,1 \pm 0,24 \times 10^9$, бласты больше не появился $=0,0\%$, промиелоциты, метомиелоциты также не появились, СОЭ $5,5 \pm 1,5$ мм/ч, при $P < 0,05$, ж.е. достоверно уменьшились, стали нормальным т.е. наступила клиническая и гематологические ремиссии острого лейкоза детей.

После ремиссии 1 год показатели гемограммы стала следуют образом гемоглобин $91,5 \pm 7,2$; $95,5 \pm 4,6$; $P < 0,05$, эритроцит $3,45 \pm 0,2$ и $3,5 \pm 0,24$ $P < 0,05$, свет- $0,8 \pm 0,02$ в $P < 0,05$, тромбоциты $460 \pm 7,1$ и $175 \pm 5,6 \times 10^9/8$ $P < 0,05$, лейкоцита $3,5 \pm 0,4 \times 10^9/8$ в $3,5 \pm 0,3 \times 10^9/8$ $P < 0,05$, бласть в оралик хужайралар пролимфоцит, миелоцитлар в метомиелоцитсы кайтиб пайдо буладилар, палочкаядро $9,5 \pm 2,9$ в $12 \pm 1,9$, $P < 0,05$; лимфоцитлар $18 \pm 1,4$ в 18 ± 2 $P < 0,05$; СОЭ $5,8 \pm 0,7$ в $7,0 \pm 1,2$, $P < 0,05$;

После 2 и 3 года после ремиссии гемоглобин $103 \pm 6,4$ г/л 104 ± 10 г/л, $P < 0,05$; эритроцит $4 \pm 0,23 \times 10^{12}/л$ и $4,0 \pm 0,36 \times 10^{12}/л$ $P < 0,05$; цветовой показатель $-0,8 \pm 0,02$ в $0,8 \pm 0,03$, тромбоциты $170 \pm 6,9 \times 10^9/л$ и $144 \pm 10,6 \times 10^9/л$ $P < 0,05$;

После 4 и 5 лет после ремиссии показатели гемограммы стали следующим образом гемоглобины $104 \pm 9,9$ г/л и $100 \pm 10,2$ г/л, эритроциты $4,0 \pm 0,34 \times 10^{12}$ и $4,0 \pm 0,34 \times 10^{12}$, цветовой показатель $-0,8 \pm 0,03$ в $0,8 \pm 0,02$, тромбоциты $160 \pm 8,9 \times 10^9/л$ и $170 \pm 8,3 \times 10^9/л$, лейкоциты $8,4 \pm 2,9\%$ и $5 \pm 2,9\%$ $72 \pm 2,9\%$ $8,1\%$ $72 \pm 2,9\%$ $9,3\%$, лимфоциты $15 \pm 4,4$ и $23 \pm 4,8$ СОЭ $15 \pm 3,1$ и 5 ± 2 , мм/ч.

После 8 и 8 лет ремиссии значительно улучшился по всем показателями гемограммы больного Р в Д 13 лет Они следующие гемоглобин $116 \pm 9,1$ и $116 \pm 10,2$ при $P < 0,05$; эритроциты $4,2 \pm 0,28$ и $4,1 \pm 0,32$ $P < 0,05$; цветовой показатель норме, тромбоциты $186 \pm 10,6$ и $192 \pm 11,2$ $P < 0,05$; бласты и промежуточные клетки не появились, палочкаядерные и сегментоядерные $12 \pm 2,2$ $P < 0,05$; лимфобласты $19 \pm 5,4$ и $18 \pm 4,9$ $P < 0,05$ и $P < 0,05$; и СОЭ $5 \pm 2,0$ и $7 \pm 2,5$ $P < 0,05$.

Таким образом в результате проведенных мероприятия 5-ти из 7 (71,4%) больных среднюю продолжительность жизни в постремиссионном периоде удалось продлить в среднем до 36,7 месяцев. Двое (28,6%) из 7 больных оказались долгожителями и один из них жил 56 месяцев, другой долгожитель-116 месяцев т.е. 9 лет 8 месяцев, он продолжает жить (см таблица благодаря строгому и аккуратному соблюдению принципов оптимизации, своевременному приему ПХТ и контрольным исследованиям периферической крови, костного и спинного мозга. При этом последнему больному через 5,5 лет дозы ППТ мы уменьшили в 2 раза и через 6,5 лет полностью отменили ППТ, как человеку, выздоровевшему от острого лимфобластного лейкоза.

Полученные нами данные подтверждают, что индукция ремиссии у больных острым лимфообластным лейкозом возможна при стремительной программированной полихимиотерапии с последующим подкреплением полученной ремиссии. В дальнейшем следует приступить к решению проблемы медицинской и психологической реабилитации



больных путем проведения постоянной поддерживающей полихимиотерапии в течение 3-5, лет которая может обеспечить длительную ремиссию и улучшить качество жизни больных с острым лимфолейкозом в постремиссионный период их жизни.

КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ: ДИНАМИКА, ТИПОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, ПРОФИЛАКТИКА

Салиев М.М., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Азимова Г.А.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рассматривается история исследований эффективности психотерапии и выделяется ее главная тенденция - от общих факторов эффективности к их дифференцировке в зависимости от конкретного расстройства. Показано, как появление классификаций с операционализированными критериями, повысив надежность и согласованность диагностики, способствовало качественному сдвигу в разработке новых методов психотерапии и в исследованиях эффективности психотерапии в 1980-е гг. Обосновывается ведущая роль когнитивно-бихевиоральной психотерапии в этом процессе. На примере тревожных расстройств рассматривается роль разработки научно-обоснованных психологических моделей расстройств в дальнейшем совершенствовании не только методов психотерапии, но и классификации психических расстройств.

Цель исследования. Разработка комплексной клинко-психологической и клинко-психопатологической феноменологической концепции генерализованного тревожного и панического расстройств, учитывающей их клинко-динамические и личностно-типологические особенности, и обоснование подходов к их коррекции и профилактике.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 118 больных с ГТР в качестве изолированного или коморбидного состояния, что составило 55,9% от количества больных с заболеваниями тревожно - фобического спектра

Результаты исследования. ГТР является одним из самых распространенных психических расстройств пограничного уровня. Частота встречаемости изолированного и коморбидного ГТР у больных с тревожно-фобическими нарушениями составляет 55,9%. Неоднородность изолированного ГТР определяется неравномерным соотношением в клинической картине различных компонентов тревоги (аффективного, идеаторного, моторного и сомато-вегетативного) с доминированием одного из них в структуре состояния. В зависимости от этого выделено 4 клинических типа ГТР - аффективный, сомато-вегетативный, фобический и тонический, различные по распространенности, степени социальной дезадаптации и прогностической ценности.



Аффективный вариант ГТР (эгодистонный) характеризуется преобладанием собственно аффекта тревоги (эмоционально тягостного предчувствия надвигающегося неблагополучия), с чувством ее неконтролируемости в сочетании с отчетливым идеаторным ускорением и относительно невыраженными вегетативным и моторным компонентами Тревога носит стойкий и мучительный характер, воспринимаясь как тягостное и чуждое личности состояние Данный тип наблюдается в 23,2% случаях

Сомато-вегетативный вариант ГТР (эгосинтонный) -характеризуется течением в виде кратковременных, возникающих при незначительном внешнем поводе многократно в течение дня, соматизированных тревожных реакций, маскирующихся выступающими на первый план разнообразными сомато-вегетативными жалобами Тревога носит нестойкий характер, подвержена колебаниям в течение дня, соответствует «системе личностных координат» Наиболее распространенный тип ГТР (53,6 %)

Фобический вариант ГТР - (эго-синтонный) характеризуется выраженной, фиксированной и малокорректируемой идеаторной тревогой (мыслями, опасениями и др), воспринимаемой как тягостное и чуждое личности состояние (с ощущением отчуждения психических процессов, в том числе контролируемости тревоги) Присутствие сопротивления чрезмерному характеру тревоги феноменологически сближает ее с навязчивыми явлениями Наиболее редкий тип ГТР (10,7% случаев)

Тонический вариант ГТР (эго-дистонный) характеризуется преобладанием «мучительного» моторного компонента тревоги (мышечным напряжением, невозможностью расслабиться и т д) и постоянным чувством озабоченности по поводу необходимости контролирования своих психических процессов (мышления) При этом соматовегетативные проявления тревоги отсутствуют Данный тип наблюдается у 12,5% больных

Выраженность социальной дезадаптации нарастает в ряду - сомато-вегетативный, аффективный, тонический и фобический типы ГТР, с преимущественным снижением функционирования в определенной сфере жизнедеятельности (социальной - при фобическом и тоническом типе ГТР, трудовой - при аффективном и фобическом, и семейной - при сомато-вегетативном ГТР)

Выявлены социо-демографические и клинические факторы, характеризующие больных с наиболее благоприятными (сомато-вегетативным, аффективным) и наименее благоприятными (тоническим и фобическим) типами ГТР

Благоприятные типы ГТР наблюдаются преимущественно у лиц женского пола, у пациентов с высшим образованием и состоящих в браке, а также при незначительной длительности заболевания (от 1 до 3 лет)

Наименее благоприятные типы ГТР наб подаются преимущественно у лиц мужского пола, у пациентов со средним образованием и не состоящих в браке, а также при большей длительности течения ГТР (от 4 до 8 лет)

Разработанная типология изолированного ГТР является валидной и для коморбидного ГТР, которое представлено преимущественно наиболее неблагоприятными клиническими



типами - тоническим (25,8%) и фобическим (35,5%) Структура коморбидных расстройств ассоциируема с выделенными клиническими типами ГТР

Аффективный тип ГТР почти в 2/3 случаях (63,6%) сочетается с депрессивными расстройствами Сомато-вегетативный тип ГТР сочетается только с одним вариантом коморбидных нарушений - ПР без агорафобии (100% набл) Фобический тип ГТР сочетается со всеми вариантами коморбидных нарушений (почти у половины пациентов - 45,5%, отмечалось по 2 коморбидных расстройства), преимущественно с АФ (81,8%) и ПР (27,3%) Тонический тип ГТР сочетается преимущественно с ОКР (50%) и СЦФ (43,8%)

Клинические особенности различных типов изолированного ГТР представляют собой неразвернутые стертые проявления симптоматики, которая при коморбидном ГТР получает дальнейшее развитие Это позволяет прогнозировать тенденции течения заболевания - в одних случаях с преимущественной вероятностью формирования тревожно-фобических расстройств (менее благоприятного), в других - депрессивных нарушений (более благоприятного) Можно предположить, что это обусловлено разными патогенетическими механизмами клинических проявлений генерализованной тревоги (варианты развития депрессивного и тревожного расстройства)

Выделенные особенности клинических проявлений ГТР, могут послужить обоснованием для выработки дифференцированного подхода к психофармакотерапии, профилактики и реабилитации пациентов с ГТР

Вывод. **Результаты** исследования имеют непосредственное значение для врачей психиатров, психотерапевтов и клинических психологов, работающих в системе здравоохранения и клиничко-психологических центрах; организаторов психиатрической, психотерапевтической и клиничко-психологической помощи населению для оптимизации задач диагностики, коррекции и профилактики тревожных расстройств; для социальных работников и организаторов социальной помощи, обслуживающих психически больных на дому и в центрах социального обслуживания населения с **Целью** учёта специфических особенностей данного контингента пограничных психически больных.

Результаты исследования используются в образовательном процессе при подготовке клинических психологов и врачей психиатров и психотерапевтов.

НЕЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ, СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Салиев М.М., Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. **Актуальность** изучения своевременной диагностики и адекватной терапии психических расстройств невротического уровня обуславливается как



высокой распространенностью таких расстройств, так и недостаточной разработанностью проблемы в целом. В настоящее время в РФ* распространенность пограничных психических расстройств составляет 26%, а психосоматических расстройств -31%.

Психические расстройства обычно имеют мультифакториальное происхождение, характеризуются неспецифичностью; картина* их во многом зависит не только от внешних, но и от внутренних условий (наследственность, преморбидная' личность), дополнительных патогенных моментов.

Для их развития необходимо сложное взаимодействие индивидуальных основ личности, характера реагирования на окружающее, наличие прошлых психологических травм, социальных и других факторов.

Цели нашего исследования Научная разработка системы современных подходов к восстановительной терапии5 больных с невротическими;, связанными со стрессом; ш соматоформными расстройствами; путем проведения^ сравнительного анализа эффективности исследуемых комплексов нелекарственных методов: лечения (рефлексотерапии; психо- и фитотерапии).

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением в условиях Андзжанского психоневрологического диспансера находилось 78 боль-ных с различными формами неврозов и неврозоподобными состояниями экзогенного и эндогенного происхождения.

Результаты и их обсуждение: В результате проведенного исследования установлено, что наиболее часто встречались следующие расстройства: невротения (38 больных, 43,2%), истерический невроз (18 больных, 23,0%) и невроз навязчивых состояний (22 больных, 25,0%).

В восстановительном периоде, наряду с физическими и физиотерапевтическими методами лечения, широко использовалась аутогенная тренировка, которая, на наш взгляд, является оптимальным средством для самоконтроля и регуляции деятельности нервной системы, мышечной системы и внутренних органов организма.

Аутогенная тренировка в психологической реабилитации больных играет особую восстановительную, а затем и профилактическую роль, направленную на подавление психических причин вегетативных отклонений, снятие нервных напряжений, переутомлений, стрессовых явлений. Абсолютное большинство больных, прошедших психологическую реабилитацию с использованием аутогенной тренировки, вернулись к прежней социальной и трудовой деятельности, которую выполняли в полном объеме.

Вывод: Разработанные комплексные программы лечения больных с невротическими, связанными, со стрессом, и соматоформными расстройствами* позволяют значительно повысить эффективность терапии этих заболеваний, избежать побочных и нежелательных эффектов, восстановить защитные психологические нейровегетативные и нейроэндокринные механизмы.

Предлагаемые конкретные методы психотерапии, схемы иглорефлексотерапии, сборы различных трав и их сочетаний позволяют подобрать индивидуальное соотношение



методик для каждого конкретного пациента, направленных как на ликвидацию имеющихся симптомов заболевания, так и на разрешение причинных психогенных ситуаций и восстановление адаптации.

На основе полученных результатов лечения исследуемых групп пациентов были определены показания для назначения каждого метода нелекарственного воздействия и возможных сочетаний, а также установлены предикторы эффективности; что позволяет более адекватно и эффективно проводить лечение исследуемых групп больных.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА

Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Мамажанова М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Медицинская профилактика по отношению к населению бывает индивидуальной, групповой и популяционной. В зависимости от поставленных задач, в организации профилактики заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстей выделяют первичную, вторичную, третичную профилактику, которая реализуется на тех же принципах, что и профилактика других соматических заболеваний. Первичная профилактика - это система социальных, медицинских, гигиенических мероприятий, направленных на предотвращение заболевания путем устранения причин и условий их возникновения, неблагоприятных факторов окружающей среды. Главной задачей первичной профилактики кариеса является повышение уровня здоровья детей с использованием всех возможных методов и средств, чтобы ни один здоровый ребенок не перешел в группу больных, т.е. это профилактика в группе здоровых детей. Многообразие форм и методов первичной профилактики предусматривает разработку критериев ее эффективности. Это, прежде всего, экспресс - методы, позволяющие оценить кариесогенность тканей зуба (КОСРЭ-тест, ТЭР-тест, методика микрокристаллизации П. А. Леуса (1997), определение ПМК Н. В.Куряжиной и др. (1992).

Цель исследования. Первичная профилактика стоматологических заболеваний включает в себя комплекс мер по устранению (снижению) влияния факторов риска на состояние органов и тканей полости рта. Это исключает или уменьшает возможность возникновения таких стоматологических заболеваний или преморбидных состояний, как кариес зубов, заболевания пародонта, челюстно-лицевые аномалии, болезни слюнных желез, стоматиты и др.

Материалы и методы исследования. В результате многолетних исследований было доказано влияние ряда факторов на поражаемость зубов кариесом, развитие острых и хронических гингивитов и болезней пародонта. Среди них большое значение приобретает недостаточный уровень санитарно-гигиенической культуры



населения: подавляющее большинство детей и значительная часть взрослых не имеют навыков правильного ухода за полостью рта.

Результаты исследования. Основными задачами программ первичной профилактики кариеса являются:

1. Создание условий для нормального формирования и первичной минерализации твердых тканей зуба.
2. Обеспечение физиологического течения процесса созревания твердых тканей зуба (вторичная минерализация), при необходимости – стимуляция этих процессов.
3. Предотвращение или устранение формирования кариесогенной ситуации в полости рта.

Основные задачи первичной профилактики заболеваний пародонта:

1. Профилактика и своевременное лечение аномалий прикуса.
2. Регулярное определение жевательной нагрузки методом окклюзиографии и своевременная ее коррекция.
3. Диагностика и устранение аномалий прикрепления уздечек верхней и нижней губы, языка, преддверия полости рта.
4. Гигиенический уход.
5. Укрепление здоровья с целью обеспечения здоровой реактивности и резистентности организма.

Выводы. Переход ребенка из группы здоровых детей в группу имеющих стоматологическую патологию свидетельствует о том, что не все возможные меры первичной профилактики были использованы.

НЕКОТОРЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЛАТНОЙ И БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНЫ

Салиева М.Х., Юсупов К.М., Насриддинова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Этика – одна из древнейших теоретических дисциплин, объектом изучения которой является мораль, нравственность. Известно, что, помимо общих моральных норм, регулирующих жизнь общества, существуют нормы классической медицинской этики, имеющие свою специфику, связанную с природой самой профессии. Многовековая история медицины указывает на то, что врач не может оказать полноценную помощь пациенту, если не обладает соответствующими этическими качествами.

Цель исследования. В последние годы сложилась непростая ситуация в отечественной медицине. Рыночная экономика проникла во все сферы общества, в том числе и в систему здравоохранения. Лечение становится услугой, за которую должен платить пациент. В такой ситуации отношение между доктором и больным приобретают



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



коммерческий характер. Бескорыстность врачебной деятельности ставится под сомнение, доверие пациентов к медикам утрачивается.

Материалы и методы исследования. Современное общество пришло к пониманию того, что охрана здоровья должна быть правом человека, а не привилегией для тех, кто себе это может позволить. Системы здравоохранения, которые реально не обеспечивают доступность медицинской помощи для всех граждан, не могут считаться справедливыми. Врач является обладателем знаний и навыков, которые он получил тяжёлым трудом во время обучения. Эти знания являются его собственностью и достоинством. Поэтому долг врача оказать помощь в свою очередь предполагает обязанность общества в соответствии принципом справедливости достойно вознаградить его за проделанную работу.

Результаты исследования. Постоянные изменения в структуре управления системой здравоохранения, недофинансирование отрасли не могли не отразиться на функционировании системы оказания медпомощи населению на различных этапах взаимодействия с пациентами: в поликлинике, при оказании скорой (первичной) помощи, в проведении профилактических мероприятий. В частности, это выражается в том, что многие медицинские услуги, бывшие когда-то бесплатными, например, большинство видов анализов, материалы для процедур, пациентам приходится оплачивать самостоятельно.

Работа врача – тяжела во всех аспектах: в плане умственной нагрузки, физической и моральной. Любой труд должен вознаграждаться соответственно. Конечно, помощь врача должна быть бескорыстной, идти от чистого сердца. Медика не учат зарабатывать на болезни, а учат лечить людей. Современный врач оказался в очень непростой ситуации: с одной стороны, давление рыночной экономики и закона, а с другой – мораль и нравственность, которые являются внутренним стрессом личности медика. В каждой профессии есть корысть и халатность, только в медицине цена этого слишком высока – здоровье и жизнь.

Выводы. Поэтому необходимо ещё у студентов-медиков формировать личность врача с высокоморальными принципами. Эти моральные установки станут для будущего доктора внутренним компасом, который не даст сбиться с правильного, честного пути. Также необходимо совершенствование системы здравоохранения, которая создаст условия для работы молодого специалиста: клиники с современным оборудованием, увеличение количества времени на приём пациентов, для установления межличностного контакта, и, конечно же, предоставит достойную зарплату. Врач – высокое звание, которого медик должен быть достоин, и которое пациент должен уважать.



ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ

Салиева М.Х., Халмирзаева С.С., Салиева М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Рацион питания меняется со временем под воздействием многих социальных и экономических факторов и из-за их сложного взаимодействия, способствующего формированию индивидуальных моделей питания. Эти факторы включают доход, цены на продукты питания (которые оказывают воздействие на наличие продуктов питания и их доступность по стоимости), индивидуальные предпочтения и убеждения, культурные традиции, а также географические и экологические аспекты (включая изменение климата).

Цель исследования. Изучить факторы, способствующие здоровому питанию.

Материалы и методы исследования. Правительства играют главную роль в формировании здоровой продовольственной среды, позволяющей людям принимать и поддерживать практику здорового питания.

Результаты исследования. Эффективные действия лиц, формирующих политику, по созданию здоровой продовольственной среды включают следующие: обеспечение согласованности национальной политики и инвестиционных планов, в том числе в области торговли, пищевой промышленности и сельского хозяйства, для содействия здоровому питанию и защиты здоровья населения с помощью следующих мер: усиление стимулов, побуждающих производителей и розничных торговцев выращивать, использовать и продавать свежие фрукты и овощи; стимулирование изменения состава пищевых продуктов для снижения содержания насыщенных жиров, трансжиров, свободных сахаров и соли/натрия с целью исключения трансжиров промышленного производства из состава пищевой продукции; осуществление рекомендаций ВОЗ в отношении ориентированного на детей маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков; установление стандартов, способствующих практике здорового питания путем обеспечения наличия здоровых, питательных, безопасных и доступных по стоимости пищевых продуктов в дошкольных учреждениях, школах, других общественных учреждениях и на рабочих местах; изучение нормативных и добровольных инструментов (например, правила маркетинга и политика в отношении маркировки продуктов питания), а также экономических стимулов или сдерживающих факторов (например, налогообложение и субсидии) для содействия здоровому питанию; и стимулирование транснациональных, национальных и местных служб и предприятий общественного питания в целях улучшения питательных качеств их продукции — обеспечения наличия вариантов здорового питания и их доступности по стоимости — и пересмотра размера порций и цен на них.

Стимулирование потребительского спроса на здоровые пищевые продукты и блюда с помощью следующих мер: повышение осведомленности потребителей о здоровом



питании; разработка школьных стратегий и программ, направленных на принятие и поддержание практики здорового питания среди детей; просвещение детей, подростков и взрослых в отношении практики здорового питания; содействие в развитии кулинарных навыков, в том числе у детей в рамках школьного обучения; оказание поддержки для предоставления информации в пунктах продажи, в том числе с помощью маркировки, содержащей точную, стандартизированную и всеобъемлющую информацию о содержании питательных веществ в пищевых продуктах; консультирование по вопросам питания на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Выводы. Поэтому к формированию здоровой продовольственной среды — включая продовольственные системы, способствующие разнообразному, сбалансированному и здоровому питанию, — необходимо привлекать многочисленные сектора и заинтересованные стороны, в том числе правительства и государственный и частный сектора.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В УСЛОВИЯХ Г.АНДИЖАНА

САЛОХИДДИНОВ А., КАЛАНДАРОВ Д.М., МАМАСАЛИЕВ Н.С., УСМОНОВ Б.У.

АндГосМИ и АФ РНЦЭМП

Нестабильная стенокардия (НС) является заболеванием, при котором отмечается высокий риск сердечно-сосудистого континуума [ВНОК, 2009].

Тем не менее, существующие подходы к первичной и вторичной профилактике НС не отвечают современным требованиям. По этим причинам, например, в США в 1997 году количество посещений отделений неотложной помощи по поводу болей в груди и подобных симптомов составило 20 тыс. на 1 млн. населения. Либо в 1996 году в США зарегистрировано 1433000 (~ 5 тыс. на 1 млн. населения) госпитализаций по поводу НС и инфаркта миокарда [Topol E.I. et al., 2003]. Эти неутешительные статистические данные с особой четкостью отражает **Актуальность** проблемы.

Нестабильная стенокардия является заболеванием, при котором отмечается высокий риск сердечно-сосудистого континуума. Она является значительной научно-практической проблемой кардиологической науки практически во всех странах мира, в том числе и в Узбекистане.

Цель исследования – определить и оценить современных особенностей клинического течения НС в условиях Андижана.

Материал и методы. Объект исследования – лица женского и мужского пола в возрасте от 20 до 80 лет г.Андижана. Обследовано 1142 больных НС. Медицинское обследование включало следующие методы: опросные, биохимические, клинические и инструментальные. Диагноз НС был поставлен в соответствии с рекомендациями



АСА/АНА (2002) и ВНОК (2009). Статистический анализ проводился на персональном компьютере Pentium-IV с использованием пакета программ «Statistica v.6.1»(Statsoft, США).

Результаты и Выводы. В обследованной группе населения > 20-80 лет г.Андижана наиболее часто диагностируется прогрессирующая форма НС – 67,7% (у мужчин – 21,6% и у женщин – 16,9%, $P<0,05$), сравнительно реже встречается – ангиоспастическая НС – 19,8% (у мужчин – 21,6% и у женщин – 16,9%, $P<0,05$) и впервые возникшая НС – 10,1% (у мужчин – 12,0% и у женщин – 6,9%, $P<0,05$). Редко отмечено постинфарктная НС – 2,2% (у мужчин – 2,5% и у женщин – 1,7%, $P>0,05$) и очень редко – послеоперационная НС – 0,01% (у мужчин – 0,1% и у женщин – 0,0%, $P>0,05$). Все формы НС характеризуются более «агрессивным» течением и их увеличением в более старших возрастных группах обследованных. Ее ангиоспастическая клиническая форма, в отличие от других форм, с наибольшей частотой отмечается в младших возрастных группах: в 20-29 лет – 66,6%, в 30-39 лет – 50,0%, в 40-49 лет – 20,1%, в 50-59 лет – 18,4%, в 60-69 лет – 22,9%, 70-79 лет – 10,2% и в группе 80 лет и старше – 6,3%.

Таким образом, во-первых, продолжается тенденция к росту НС среди населения и, во-вторых, имеется специфические особенности в клинических проявлениях этого заболевания в условиях г.Андижана.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Салохиддинов Н.А., Соткинов Г., Холматов К.К., Тиллаболдиев А.Р.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: проанализировать причины развития, сроки госпитализации, частоту развития тяжелой формы, осложнений и общей летальности при остром панкреатите по данным клиники.

Актуальность. Острый панкреатит остается актуальной проблемой неотложной хирургии. Современные парадигмы лечения данной патологии предполагают междисциплинарный подход с привлечением врачей разных специальностей, в частности хирургов, врачей отделений интенсивной терапии, эндоскопистов, радиологов, гастроэнтерологов и, по необходимости, других специалистов. За последние десять лет достигнут значительный прогресс в ранней диагностике его, однако **Результаты** лечения остаются нелестными. Уровень общей летальности при остром панкреатите остается высоким и составляет, по данным разных авторов, от 1 до 8,1 %, а при тяжелом течении болезни и при инфицированном некротическом панкреатите летальность может достигать от 15 до 30%.

Материалы и методы: проанализированы **Результаты** лечения 150 пациента, госпитализированных в отделение 1-экстренной абдоминальной хирургии Ферганского



филиала РНЦЭМП с предварительным диагнозом острый панкреатит. Среди них женщин было 84 (56%), мужчин – 66 (44%). Средний возраст больных составил (49,5±1,8) годы. Диагноз острого панкреатита выставляли согласно рекомендациям (Атланта, 2012). Всем больным с острым панкреатитом выполняли ультразвуковое исследование органов брюшной полости и при необходимости – компьютерную томографию, усиленную внутривенным контрастированием.

Результаты и обсуждение: Этиологическими факторами развития острого панкреатита были: билиарный фактор в 60 (40%) больных, алкогольный – у 39 (26 %), острый панкреатит на фоне триглицеридемии - у 27 больных (18%), у 7 (4,7%) больного был послеоперационный панкреатит, медикаментозный - у 3 (2%) больных и без установления четкой этиологии - 14 (9,3%) больных. Сроки госпитализации пациентов следующие: через 24–48 ч от начала заболевания — 57 (38 %) случаев, через 6–24 часа с момента начала заболевания – 52 (34,7 %) случаи, через 48 часов и позже с момента заболевания — 35 (23,3%) случаев и 6 (4%) случаи госпитализации в стационар до 6 часов с момента начала заболевания. Тяжелая форма острого панкреатита, развившаяся у 38 (25,3 %) пациентов, сопровождавшихся развитием органной недостаточности, длившейся >48 часов. 135 (90%) пациентам с острым панкреатитом проводилась только консервативная инфузионная терапия. 15 (10%) пациентов нуждались в хирургическом лечении. Общая летальность у больных острым панкреатитом составила 5 (3,3%) случаев.

Выводы. Таким образом, гипердиагностика острого панкреатита часто проблемой современной хирургии. Формулировка диагноза согласно к унифицированным диагностическим критериям значительно облегчило диагностику. Доминирующими факторами острого панкреатита остаются билиарный (40%) и алкогольный факторы. (26%). Чаще (38%) пациенты поступали в отделение на вторые сутки от начала заболевания. Остается высоким показатель тяжелой формы острого панкреатита, который составил 25,3% случаев. 135 (90%) пациентам с острым панкреатитом проводили инфузионную терапию. 15 (10%) пациентам выполняли хирургическое лечение. Общая летальность при остром панкреатите по нашим данным составило 5 (3,3%) случаев, причем подавляющее большинство больных (3 случаев) умерли. в раннем периоде острого панкреатита.

СПОСОБ ПОДГОТОВКИ К РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТЬЮ

Саматов.У.А

Кафедра Ортопедической Стоматологии и Ортодонтии
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность: Лечение патологического стирания зубов представляет собой непростую задачу для врача-стоматолога. Традиционное ортопедическое лечение заключается в изготовлении накладок и коронок на стертые зубы. Наиболее



консервативный метод ортопедического лечения - керамические виниры с адгезивной фиксацией. Применение керамических виниров является дорогостоящим методом лечения, и при появлении трещин и переломов в отдаленные сроки керамические микропротезы не поддаются починке. В последнее время в медицинской литературе много внимания уделяют терапевтическому методу лечения зубов с патологической стираемостью.

Цель: стандартизация подготовки к реставрации зубов с повышенным стиранием.

Материал и методы: для стандартизации пространства между антагонистом и зубом с патологическим стиранием нами предложено использовать шарик из композиционного материала заданного диаметра, закрепленный на проволоке. Пациентка Т. В., 66 лет, коронка зуба 21 стерта на 1/3 длины вестибулярной поверхности, стерт небный бугорок, обнажен заместительный дентин. Диагноз: патологическое стирание зуба 21 (локализованная смешанная форма, II степень тяжести). Антагонисты - искусственные пластмассовые зубы частичного съемного пластиночного протеза.

Результаты: при планировании реставраций необходимо ответить на следующие вопросы: «Имеется ли место для реставрации?» и «Достаточно ли места для выполнения реставрации?» «Как измерить пространство для реставраций?». Толщина реставрации должна быть не менее 1,5 мм. Для измерения величины пространства между антагонистами мы предлагаем использовать шарик из композиционного материала, закрепленный на проволоке. Расстояние между дистальным маргинальным гребнем и антагонистом составило менее 1,5 мм, поэтому было проведено препарирование этого участка коронки до тех пор, пока пространство не стало достаточным для выполнения реставрации. Таким образом, предложено приспособление для измерения пространства между зубами-антагонистами при патологической стираемостью зубов.

Заключение: Использование предложенного приспособления для измерения пространства между антагонистами позволяет стандартизировать подготовку зубов с патологической стираемостью к реставрации.

ИММУНОПАТОГЕНЕЗ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Арифходжаев А.Т., Нишанова Д.В., Санакулов А.Б.

**Андижанский государственный медицинский институт
Самаркандский государственный медицинский университет
Андижан, Республика Узбекистан**

Актуальность. На распространённость бронхиальной астмы существенно влияют критерии её диагностики и методика изучения. Большинство статистических данных базируется на показателях, полученных при обращении пациентов в лечебные



учреждения. Однако эти **Результаты** не соответствуют истинной распространённости заболевания в связи с поздней диагностикой, особенно на ранних стадиях и в лёгких случаях болезни, ибо в официальной статистике фигурируют преимущественно среднетяжёлые и тяжёлые формы бронхиальной астмы с частыми приступами. В настоящее время выделяют ещё одну группу признаков, наследование которых приводит к развитию бронхиальной астмы - предрасположенность к повышенному синтезу определённых цитокинов. В частности картированы гены, контролирующие продукцию цитокинов: 5q 31.1 - ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-9, ИЛ-13, ГМ-КСФ (стимулируют продукцию иммуноглобулина Е, функции тучных клеток, базофилов, эозинофилов); 6q 21.3 - ФИО -а (плейотропный воспалительный цитокин); 12q 14, 24-33 - ИФН- γ (ингибитор Th2-лимфоцитов). При этом ИЛ-4 играет существенную роль в atopическом иммунном ответе как за счёт переключения клеточного ответа в сторону Th2-подобных клеток, так и путём влияния на индукцию выработки иммуноглобулина Е В-лимфоцитами. Это позволяет отнести ген ИЛ-4 или гены факторов, регулирующих его экспрессию, к числу генов - «кандидатов», ответственных за развитие предрасположенности к atopии и бронхиальной астме.

Цель: Изучение основных показателей гуморального и клеточного иммунитета, уровня цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-2, ФНО-а) в сыворотке крови и по-лиморфизма генов цитокинов (С-590Т IL-4, С - 597А IL10 и Т-330G IL2, G-308А TNFA) у детей с atopической бронхиальной астмой (АБА) с раз-личным уровнем контроля над заболеванием.

Материалы и методы исследования: Обследовано 29 детей с контролируемой АБА (КАБА) и 21 с неконтролируемой АБА (НАБА). Контрольная группа - условно здо-ровые дети ($n = 25$). Все обследованные - по национальности узбеки в трех поколениях. Диагноз, тяжесть и уровень контроля заболевания были определены в соответствии с GINA. Субпопуляции клеток иммунной системы в кро-ви определяли с помощью проточной цитометрии. Уровень цитокинов в сыворотке крови измеряли с помощью ELISA-2014. Генотипирование одно-нуклеотидных полиморфизмов проводили с помощью ПЦР и анализа длины рестриктных фрагментов с последующей детекцией в агарозном геле. Частота генотипов были протестированы на отклонение от Харди - Вайнберга (HWE) по точному критерию Фишера.

Результаты: Показаны достоверные различия сывороточного уровня ФНО-а, ИЛ-4, IgE и относительного количества CD8+ (повышены), в то время как уро-вень CD3+ клеток и относительное количество CD4+ снижены у больных детей с НАБА по сравнению с КАБА ($p < 0,05$). В группе КАБА наблюда-лась более низкая концентрация ИЛ-10 в сыворотке, которая ассоцииро-вана с наличием аллельного варианта IL10 A-597. Показана ассоциация аллельного варианта IL-4 T-590 с НАБА.

Вывод: Уровень ФНО-а, ИЛ-4, IgE и CD3+, CD4+, CD8+ клеток идентифициро-ваны в качестве маркеров неконтролируемого течения АБА у детей. По-лиморфизмы промоторных регионов генов IL-4, IL10, IL2, TNFA ассоции-рованы с



аллергическим воспалением и могут рассматриваться в качестве кандидатных маркеров неконтролируемого течения АВА.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ТИПЫ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ УСТРОЙСТВ

Санакулов Ж.М., Саидов М.А., Низамов Х.Ш., Рахматуллаев А.А, Худайбердиев М.Т.,
Абдуллаев Ж.Б.

Самаркандский региональный филиал РСНПМЦК

Актуальность. На сегодняшний день, хоть и нестабильная стенокардия (НС), как одно из частых и распространенных нозологий, всё равно представляет из себя слабо предсказуемый клинический проявлений ишемической болезни сердца (ИБС). НС находится в стадии изучения хоть и более 50-60 лет, данная форма стенокардии и в нынешнее время относится к числу актуальнейших проблем кардиологии и кардиохирургии в целом. По последним данным современных представлений и исследований НС, так же как и инфаркт миокарда без зубца Q (мелкоочаговый инфаркт) и крупноочаговым инфарктом, объединены в единое понятие «острый коронарный синдром» (ОКС). Именно вышеперечисленный критерий и служит свидетельством опасности здоровью и жизни пациента, одновременно, в структуре ОКС данная форма ИБС, позволяя с огромной долей вероятности служит предиктором ближайших и отдаленных неблагоприятных исходов.

Цель исследования. Оценка 1-годового прогноза при нестабильной стенокардии (НС) в зависимости от её формы и от типа имплантируемых устройств.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 107 больных с различными формами НС (84 человека с ПСН; 12 больных с ВВС; 11 пациентов с РПС). Для решения поставленной задачи пациенты были разделены на группы в зависимости от типа им-плантируемых устройств: 1 гр. – 40 человек с установленными стентами с покрытием эверолимус (EES); 2 гр. – 38 больных со стентами, покрытыми зотаролимусом (ZES) и 3 гр. – 25 респондентов с установленными само рассасывающимися каркасами (BVS); у 4 больных с диагнозом ВВС – при проведении КАГ-исследования критических стенозов венечных артерий выявлено не было и им не были установлены стенты. Выбор им-плантов осуществлялся на основании индивидуальных ангиографических характеристик каждого пациента.

Результаты исследования. Оценка прогноза жизни обследуемых, за 12-месячный период наблюдения, не выявила ни одного смертельного случая*, т.е. все пациенты на 1-годовом этапе были живы. В группе больных с установленными EES – стентами общее значение MACE за весь период наблюдения составило 7,5%; в группе ZES – 2,6% и в группе BVS – 4,0% случаев ($p=0,645$ и $\chi^2=0,212$ – при сравнении 1й и 2й групп);



$p=0,967$ и $\chi^2=0,002$ – при сравнении 1й и 3й группы и $p=0,666$ и $\chi^2=0,186$ – при сравнении 2й и 3й группы), т.е. сравнительный анализ показателей MACE в зависимости от типа установленных имплантов существенных различий не показал. На долю всех составляющих MACE пришлось, в общей сложности, 5 случаев (4,85% от 103 больных с НС). Из всей совокупности MACE, в наибольшем количестве регистрировались случаи тромбоза стента – 3 случая (2,91% от 103 больных с НС). По 1 случаю отмечались инфаркт миокарда целевой артерии и реваскуляризация целевой артерии (по 0,97%, соответственно).

Оценка показателя MACE в зависимости от нозологической структуры НС показала, что наиболее часто совокупность MACE регистрировалась при ВВС (составив 12,5%) и при РПС (составив 9,1%). Наименьшая встречаемость MACE отмечалась при ПЧН (составив 3,6%). Вероятно, подобного рода уровни MACE были обусловлены малой численностью групп с диагнозами ВВС и РПС (8 и 11 человек, соответственно), и большой численностью группы больных с ПЧН (84 респондента). Распределение пациентов по анализируемым формам НС в зависимости от типа имплантов выявило, что при ПЧН выбор имплантов носил равнозначный характер: 80,0% - пришлось на EES; 73,6% - на ZES и 96,0% - на BVS. При РПС предпочтение было отдано стентам типа EES – 12,5% и ZES – 13,2%; использование BVS составило 4,0%. При ВВС в наибольшем количестве случаев использовались стенты типа ZES – 13,2%, а BVS не использовались вообще.

Выводы. 1-годовой прогноз жизни больных с НС, в целом, не сопровождался случаями летальных исходов. По совокупности MACE наиболее неблагоприятными оказались ВВС и РПС, на долю которых пришлось 12,5% и 9,1% случаев неблагоприятных событий. Тип имплантируемых устройств не оказывал какого-либо влияния, как на общий прогноз обследуемой выборки пациентов, так и на уровень MACE.

АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНО-ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С РЕСТЕНОЗОМ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ).

Санакулов Ж.М., Рахматуллаев А.А., Кушназаров Р.С., Худайбердиев М.Т.,
Абдуллаев Ж.Б.

Самаркандский региональный филиал РСНПМЦК

Актуальность. Существующий в настоящее время чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) с имплантированием стента: Либо в окклюзированный; либо в стенозированный сегменты коронарной артерии служит эффективной терапевтической тактикой, при ведении пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). За последние годы значительно увеличивается частота востребованности к подобным интервенциям. В то же время этот вид оперативного вмешательства у пациентов ИБС с приемлемой анатомической структурой коронарных артерий, вполне позволит проведение дилатации



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



при единичном или множественном поражении сосудов; с огромной вероятностью восстанавливает проходимость. И все это достигается с малым риском. Но важно учитывать и тот факт, что ЧКВ с имплантацией стента приводит к травме сосудистой стенки, в последствии появляется неоинтимальная гиперплазия, как завершающий этап возникающего рестеноза. **Актуальность** и степень изучения предикторов развития повторного стеноза (рестеноза), патогенетических аспектов описанного процесса, методику его прогнозирования и первичную; вторичную; третичную профилактику. Все вышеуказанные процессы остаются открытыми актуальными вопросами, в связи с тем что развитие этого вида осложнения вызывает повторную ишемию и снижает качество и продолжительность жизни пациентов.

Цель исследования. Обоснование выбора того или иного хирургического способа лечения рестенозов.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 62 пациента с рестенозом. Период наблюдения за больными с рестенозом составил от 3 мес. до 4 лет (медиана наблюдения = $2,53 \pm 1,29$ года). Количество больных, которым ЧКВ было проведено ≤ 1 года составили 22 пациентов. Количество лиц, которым ЧКВ было проведено > 1 года назад - 40 человек.

Результаты исследования. Для решения поставленной задачи был проведен анализ пациентов с рестенозом по следующим характеристикам: 1) клиническим (индекс Кетле в пределах > 30 кг/м²; первый год обсервации после ЧКВ; женский пол; сахарный диабет (СД); двух- и более кратный перенесенный инфаркт миокарда (ПИМ) в анамнезе); 2) ангиографическим (высокий класс рестеноза по R.Mehta; наличие субтотальных и тотальных окклюзий; большая длина (L) сосудистых поражений; малый диаметр (d) сосуда; наличие мно-гососудистых поражений) и 3) лабораторным (повышенный уровень фибриногена и повышенная степень агрегационной способности тромбоцитов - АСТ).

С этих позиций были получены следующие **Результаты:** среди респондентов, которым было проведено АКШ, все клинические маркеры (за исключением женского пола) имели место от 20,0 до 60,0% встречаемости, при этом пик (60,0%) пришелся на показатель - ИМТ > 30 кг/м². Из ангиографических маркеров, оказавших влияние на выбор АКШ, значимыми оказались многососудистые поражения (100,0% пациентов), стенотические сужения $\geq 95\%$ (80,0%) и d артерии < 3 мм (80,0%). Из лабораторных данных – степень АСТ ≥ 3 , оказала существенное влияние на выбор в пользу АКШ.

Среди пациентов, которым было проведено баллонирование, факторами оказавшими определенное влияние, в пользу именно этого способа реканализации, оказались: клинические – СД, период до 1 года и кратность ПИМ в анамнезе; ангиографические - L сос.пораж. > 20 мм и d артерии < 3 мм; лабораторные – уровень ФГ ≥ 4 мг/дл. При этом встречаемость указанных маркеров не превышала 60%.

Комбинированная методика реканализации проводилась у пациентов, у которых помимо рестеноза, были диагностированы стенотические сужения нецелой артерии и, выбор



данной методики был обусловлен, в основном, ангиографическими и лабораторными маркерами. При этом из ангиографических показателей основной процент пришелся на наличие многосудистых поражений, а из лабораторных – на степень АСТ ≥ 3 .

При проведении корреляционного анализа между суммой всех маркеров и выбранной тактикой восстановления коронарного кровотока была выявлена прямая зависимость высоко-достоверного характера ($p < 0,00001$), т.е. чем большее количество маркеров имело место у конкретного больного, тем больше предпочтение отдавалось в пользу более сложных методов лечения.

Выводы. На основании проведенного анализа был разработан алгоритм дифференциальной тактики хирургического лечения рестенозов с учетом вышепредставленной триады основных симптомокомплексов.

ГЕТЕРОГЕННЫЕ ФОРМЫ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ И ХАРАКТЕРНЫЕ К НИМ АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Санакулов Ж.М., Низамов Х.Ш., Рахматуллаев А.А., Кушназаров Р.С., Худайбердиев М.Т., Абдуллаев Ж.Б.

Самаркандский региональный филиал РСНПМЦК

Актуальность. На сегодняшний день по последним данным частота встречаемости нестабильной стенокардии (НС) в возрасте от 45 до 64 лет около 4,3-7,2%, а после 64 лет – 10,4-14,7%. Примечательно отметить тот факт, что представители мужского пола намного больше подвержены возникновению этой патологии, нежели чем женский пол. Иностранная и отечественная медицинская литература представляет внушительное количество работ по всесторонним аспектам НС. Которые в основном посвящены вопросам диагностики и терапии этой нозологии, преимущественно в условиях стационара. За последние годы оборот актуальности набирает научные исследования по изучению вопросов диагностики и организации высокотехнологичной медицинской помощи больным с НС.

Цель исследования. Анализ некоторых ангиографических показателей у больных с нестабильной стенокардией (НС) в зависимости от её формы.

Материал и методы. В исследование было включено 107 больных с различными формами НС. Средний возраст обследуемых составил $58,35 \pm 9,16$ лет. В целом по группе преобладали лица мужского пола (количество мужчин – 82 и количество женщин – 25). По нозологической структуре был проведен подробный анализ ангиографических характеристик в зависимости от формы НС. Для этого основная группа пациентов была разделена на три подгруппы:

А-подгруппа – 84 человека с ПСН;

В-подгруппа – 12 больных с ВВС;



С-подгруппа – 11 пациентов с РПС.

Результаты исследования. Анализ типов стенотических поражений по классификации АСС/АНА в зависимости от формы НС выявил, что при ПСН и РПС чаще регистрировались поражения С-типа, составив свыше 70,0% случаев, а при ВВС в наибольшем количестве случаев отмечался А-тип, составив 75,0% случаев. Сумма всех пораженных сегментов в А-подгруппе составила 116, при этом на 1 больного в среднем пришлось 1,38 стенозированных сегментов. В В-подгруппе общее количество пораженных сегментов =21, что в пересчете на 1 больного составило 1,75. В С-подгруппе аналогичные данные составили 16 и 1,45, соответственно. Правый тип кровоснабжения (КС), часто встречаемый, у больных с ПСН имел место в 86,9% у пациентов с ВВС – в 75,0% и у больных с РПС в 81,8% случаях. Левый тип КС у больных с ПСН регистрировался у 9,5%; у пациентов с ВВС –8,3% и у больных с РПС –9,1% случаев. Сбалансированный тип КС имел место в 3 (3,6%); 2 (16,7%) и 1 (9,1%) случаях, соответственно среди больных А, В и С-подгрупп. Однососудистые поражения в наибольшем количестве имели место среди пациентов А-подгруппы, т.е. у больных с ПСН. Двухсосудистые поражения, напротив, чаще регистрировались у респондентов В-подгруппы, т.е. с диагнозом ВВС, при этом у 4 (33,3%) человек при проведении КАГ стенотических изменений в венечных артериях выявлено не было. У пациентов С-подгруппы соотношении случаев одно-двухсосудистых поражений составило, примерно 1 / 1 (точнее 1,2 / 1).

Выводы. При ПСН и РПС чаще фиксировались стенозы С-типа (> 70,0% случаев), а при ВВС в наибольшем количестве случаев отмечался А-тип, (75,0% случаев). Соотношение случаев одно- / двусосудистых поражений при ПСН составило 2,5 / 1, при ВВС – 1 / 2 и при РПС – 1 / 1. При ВВС в 1/3 случаев диагноз был обусловлен вазоспазмом, поскольку поражений венечных артерий выявлено не было.

ПОРАЖЕНИЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ: АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДАННЫЕ, ОСНОВАННЫЕ НА СОБСТВЕННОМ ОПЫТЕ

Санакулов Ж.М., Саидов М.А., Кушназаров Р.С., Рахматуллаев А.А., Худайбердиев М.Т.,
Абдуллаев Ж.Б.

Самаркандский региональный филиал РСНПМЦК

Актуальность. Ствол левой коронарной артерии (ЛКА) начинается с луковички аорты, левого её синуса, располагаясь между началом лёгочного ствола и ушком левого предсердия, делится на две основные ветви: переднюю межжелудочковую артерию и огибающую артерию. Благодаря стволу ЛКА происходит обеспечение кровоснабжения 75-77% массы левого желудочка у больных с «правым» или «сбалансированным» типом кровоснабжения и 99-100% в случае «левого» типа. В связи с чем, тяжёлые поражения ствола ЛКА могут приводить к сокращению кровоснабжения большого участка миокарда,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



подвергая пациентов высокому риску угрожающих жизни обстоятельств, наряду с аритмиями и дисфункцией левого желудочка. Диагностический метод выявляющий поражение ствола ЛКА- это коронароангиография (КАГ, коронарография) — представляет из себя инвазивное диагностическое исследование, проводимое путём инфузии рентгеноконтрастного препарата в устье коронарных артерий через катетер, который устанавливается в периферическую артерию (бедренную/лучевую), и регистрируемое прохождения контрастного вещества под контроль рентгеновской аппаратуры. При проведении КАГ гемодинамически значимое поражение (сужение $\geq 50\%$) «незащищённого» ствола ЛКА устанавливается у 5,7–7,9% пациентов. У 71-74% пациентов вышеуказанному поражению сопутствует клиника ИБС. Хроническую окклюзию ствола ЛКА устанавливают в 0,02–0,9% случаях. При острой окклюзии ствола ЛКА в 95-97% случаев наступает смертельный исход.

Цель исследования. Оценка ангиографических особенностей поражения ствола левой коронарной артерии (СЛКА)

Материал и методы исследования. В условиях клиники РСНПМЦК МЗ РУз за 1 календарный год в период с 01.01.2018г по 31.12.2018г было пролечено 66 больных с поражением СЛКА. Средний возраст обследуемых составил $62,8 \pm 9,3$ (от 42 до 77) лет. Количество мужчин было 45 (68,2%) и женщин – 21 (31,8%).

Результаты исследования. Изолированное поражение СЛКА имело место лишь у 1 (1,5%) больного; 2-сосудистые поражения отмечались в 5 (7,6%) случаях; 3-сосудистые – в 18 (27,3%) случаях. У остальных 42 (63,6%) пациентов были зарегистрированы многососудистые поражения. По классификации «А,В,С» для поражений СЛКА наиболее свойственными оказались типы «А» и «С» (29 и 25 больных, соответственно), при этом в случае многососудистого повреждения преобладал тип «С» (40,5% vs 33,3%). Локализация поражений СЛКА чаще регистрировалась в дистальном сегменте, независимо от количества вовлеченных сосудистых бассейнов (75,0% и 80,9%). Наиболее характерными категориями поражений СЛКА по классификации МЕДИНА оказались категории 1,1,1 и 1,1,0, при этом существенных возрастно-гендерных различий в рассматриваемых категориях выявлено не было. Однако, стволые поражения категории 1,1,1 характеризовались вовлечением большего количества сосудистых бассейнов и большим процентом стенозов (оба $p < 0,05$).

Выводы. Поражения СЛКА в большинстве случаев носят многососудистый характер, локализуются чаще всего в дистальном сегменте и относятся к категории сложных сосудистых поражений.



ПОСЛЕ ДИСКЭКТОМИЙ НА ФОНЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ

И.К. Сапин, А.А. Андреев, К.А. Сапин

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Кафедра общей и амбулаторной хирургии

ЧУЗ Клиническая больница на станции Воронеж 1 ОАО РЖД

Отделение нейрохирургии

Актуальность: В соответствии с гипотезой, отдельные Modic изменения являются следствием развития бактериальной инфекции в замыкательных пластинках позвонков. Существующие в организме человека микроорганизмы, гематогенным путем заносятся в полость диска или полость спинномозгового канала, провоцируют реакцию макрофагов, которые в свою очередь, обеспечивают медленное формирование инфекции.

Цель исследования: улучшение результатов профилактики изменений по типу modic у пациентов после дискэктомий, произведенных по поводу грыж межпозвонковых дисков, путем использования антибактериальной терапии.

Материалы исследования: В исследование вошли 26 пациентов, оперированных в нейрохирургическом отделении Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Воронеж по поводу грыж межпозвонковых дисков L5 и S1 в возрасте от 19 до 70 лет.

Методы исследования: Пациентам проводились МРТ исследования поясничного отдела в дооперационном периоде и спустя 2 месяца после операции. Интраоперационно после удаления грыж межпозвонковых дисков выполнялся посев операционного материала (пульпозное ядро, фиброзное кольцо, замыкательная пластинка диска) на наличие анаэробной, аэробной микрофлоры и грибов.

Результаты исследования: Нами было исследовано 26 пациентов. У 19 (73,1%) больных **Результаты** посевов были стерильными. У 7 (26,9%) больных выявлена патогенная флора, из которых у 3 (42,9%) определялись дрожжеподобные грибы Albicans, у 2 (28,7%) больных выделены Enterococcc faecalis, у 1 (14,2%) больного выделена анаэробная флора и у 1 больного (14,2%) – сочетание анаэробной флоры и Enterococcc.

Заключение: Учитывая **Результаты** исследований, назначая антибактериальную терапию с учетом чувствительности микроорганизмов к антибактериальным, мы уменьшаем послеоперационные осложнения, улучшая качество послеоперационного периода пациентов.



МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

Сапиохунова Х.М., Салиева М.Х., Хасанова Ш.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Врачебная тайна, в силу особенностей самой врачебной деятельности - важнейшее понятие деонтологии (от греч. deon - должное и logos - учение) как учения о принципах поведения медицинского персонала в общении с больным и его родственниками. Специфика врачебной тайны состоит в том, что её сохранность гарантируется законодательно и обеспечивается путём установления определённых запретов и юридической ответственности за её разглашение.

Цель исследования. Изучение морально-правовых аспектов врачебной тайны.

Под врачебной тайной следует понимать все сведения, полученные от больного или выявленные при медицинском обследовании либо лечении, не подлежащие разглашению без согласия больного.

Материалы и методы исследования. К врачебной тайне отнесены: факт обращения в медицинское учреждение, информация о функциональных и физических недостатках организма, наследственных болезнях, вредных привычках, диагнозе, осложнениях, прогнозе, семейной и интимной жизни, факт усыновления и удочерения, состоянии здоровья родственников.

Результаты исследования. Впервые понятие врачебной тайны четко сформировалось в клятве Гиппократы: "Чтобы при лечении, а также без лечения я ни увидел и ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной". История проблемы врачебной тайны с точки зрения требований правосудия и врачебной этики затронута в 1894 г. в докладе на V съезде Российского Пироговского общества врачей. Отметив, что все западноевропейские законодательства, за исключением российского, налагают на врачей юридическую ответственность за разглашение врачебной тайны и дают право врачу отказаться от свидетельских показаний в суде, было призвано свято выполнять это благородное профессиональное обещание, имеющее не только личный, но и общественный интерес. После Октябрьской революции в нашей стране были сторонники отмены врачебной тайны, считая ее пережитком буржуазной медицины. Первый нарком здравоохранения М.А. Семашко в 1925 г. писал: "Держа твердый курс на уничтожение врачебной тайны - пережитка буржуазной медицины - каждый советский врач должен быть чутким общественным работником, а не понимать свою задачу формально". Правовая регламентация врачебной тайны содержится в ряде нормативных документов. Прежде всего, в Конституции, в которой записано, что каждый имеет право на неприкосновенность личной жизни, личную и семейную тайну. Наконец, в Законе «Об основах охраны здоровья граждан» имеется ст. "Врачебная тайна", в которой подробно



рассматриваются вопросы, связанные с сохранением врачебной тайны, приводятся условия допустимости ее разглашения. Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, может произойти при анализе состояния больного при обходах врачами, студентами на практических занятиях, при обсуждении истории болезни пациента, клинических и лабораторных данных, диагноза. Некоторые медицинские термины многим больным известны и в палате всегда найдется больной, который их расшифрует. Вместе с тем присутствующих, особенно студентов, следует предупредить, что нельзя отвечать на вопросы неизвестных лиц о конкретных больных.

Выводы. С компьютеризацией ЛПУ источником информации является база данных о конкретных больных, заложенная в компьютере, вторжение в которую может нанести моральный вред больному. Законодательством предусмотрена ответственность за неправомерное разглашение врачебной тайны. Прежде всего, следует обратить внимание, что сохранение врачебной тайны является моральной обязанностью врача. Ее незаконное разглашение - признак профессиональной непригодности или неопытности врача.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ХРОНИЧЕСКОМ ЦЕРВИЦИТЕ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Сатимова Ш.М., Махмудова М.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) представляют собой значительную проблему в современной гинекологии из-за их высокой распространенности, негативного влияния на репродуктивную функцию и качество жизни пациенток. Цервициты, являющиеся воспалительными заболеваниями шейки матки (ШМ), занимают ведущую позицию среди воспалительных заболеваний нижних отделов репродуктивной системы. Они обычно вызваны условно-патогенной микрофлорой.

В последние годы стало ясно, что хронический воспалительный процесс в ШМ играет важную роль в инициировании канцерогенеза и развитии рака ШМ (РШМ). Хроническое воспаление является ключевым фактором в развитии интраэпителиальной неоплазии (CIN), поскольку оно нарушает нормальное обновление клеточного пласта эпителия. Поэтому наличие хронического цервицита, особенно у пациенток, инфицированных онкогенными вирусами папилломы человека, имеет большое значение с точки зрения риска развития РШМ.

Однако, вопреки противоречивой информации о симптомах, важно понимать, что хронический цервицит является серьезным заболеванием, которое может иметь отрицательное влияние на репродуктивную функцию и качество жизни женщин. Поэтому,



несмотря на отсутствие явных симптомов, раннее выявление и лечение хронического цервицита имеют важное значение для предотвращения возможных осложнений и сохранения здоровья пациенток.

Цель. Цель данного исследования заключается в определении этиологии, патогенеза, диагностики, роли нарушений влагалищного микробиоценоза и локального иммунного статуса в развитии хронического цервицита (ХНЦ). Также будет исследован персонализированный подход, направленный на значительное повышение эффективности лечения ХНЦ и снижение риска развития рецидивов заболевания.

Материалы и методы. Проведен системный обзор литературных данных из PubMed, MEDLINE, КиберЛенинка и т.д.

Результат. В настоящее время цервициты неспецифической этиологии представляют собой одну из наиболее актуальных проблем в современной гинекологии. Их частота встречаемости высока, они склонны к хроническому рецидивирующему течению и оказывают негативное влияние на репродуктивное здоровье, повышая риск развития различных осложнений. Одним из факторов, играющих роль в развитии хронического цервицита, являются нарушения в влагалищном микробиоценозе и локальном иммунном статусе. Важное значение в патогенезе ХНЦ имеют также нарушения цитокинового баланса с повышенной экспрессией провоспалительных цитокинов.

Применение персонализированного подхода может значительно повысить эффективность лечения хронического цервицита и снизить риск развития рецидивов заболевания.

В заключение, исследование этиологии, патогенеза, диагностики, роли нарушений влагалищного микробиоценоза и локального иммунного статуса в развитии хронического цервицита является важным шагом в понимании и борьбе с этим заболеванием. Персонализированный подход, основанный на молекулярно-генетических маркерах, может принести значительные преимущества в лечении и предотвращении рецидивов хронического цервицита.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Саттаров Ж.Б., Хайдаров Н. С.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт г. Ташкент
Ферганский медицинский институт общественного здоровья г. Фергана

Острая спаечная болезнь органов брюшной полости - одно из наиболее тяжёлых и распространённых хирургических заболеваний детского возраста, возникающее в



различные сроки после оперативного вмешательства на органах брюшной полости, продолжает оставаться актуальной проблемой в детской хирургии.

В клинике Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за 5 лет находились на лечении 117 больных со спаечной болезнью органов брюшной полости в возрасте от 7 мес. до 18 лет. Девочек было 44, мальчиков - 73. Всем детям со спаечной болезнью органов брюшной полости ранее были произведены операции по поводу различных заболеваний органов брюшной полости (острого аппендицита, кишечной инвагинации, перитонита, повреждений органов брюшной полости). У большинства больных при поступлении были выявлены жалобы, характерные для кишечной непроходимости: приступообразные боли в животе, многократная рвота, нарушение отхождения стула и газов. Диагностический алгоритм включал в себя клиническое исследование, обзорную R-графию органов брюшной полости, УЗИ.

38 больным при спаечной кишечной непроходимости проведена традиционная лапаротомия. Но наиболее эффективным явилось применение лапароскопии при ликвидации спаечной кишечной непроходимости у 17 больных. Необходимо особо отметить, что ни у одного больного не проводилась никакая-либо декомпрессии тонкой кишки и довольно быстро (1-3дня) восстанавливался пассаж по желудочно-кишечному тракту. Минимальная травма передней брюшной стенки и органов брюшной полости способствовала более гладкому течению послеоперационного периода. Болевой синдром был не выражен у всех больных и легко купировался **Введением** ненаркотических анальгетиков. В связи с более гладким течением послеоперационного периода значительно сократились и сроки пребывания больных в стационаре.

Таким образом лапароскопический адгезиолизис является безопасным, щадящим и высокоэффективным методом лечения острой спаечной кишечной непроходимости у детей во всех возрастных группах.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Хайдаров Н. С., Саттаров Ж.Б.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья г. Фергана
Ташкентский Педиатрический медицинский институт г. Ташкент

Спаечная болезнь может развиваться в любом возрасте. Собственно, спаечный процесс в брюшной полости после оперативных вмешательств развивается у 20-80% больных. Из них в 2-8 % случаев впоследствии развивается спаечная болезнь с характерными признаками.



В клинике Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи при диагностированной спаечной кишечной непроходимости принята дифференцированная лечебная тактика.

При наличии выраженной клинической картины кишечной непроходимости, подтвержденной рентгенографически (множественные уровни), предполагаемом распространенном грубом спаечном процессе в брюшной полости ребенка производится в порядке скорой помощи оперативное лечение путем лапаротомии.

При подостром течении болезни, явлениях частичной непроходимости, сохраняющемся болевом синдроме, отсутствии отчетливых уровней на рентгенограмме или наличии стоячей петли кишки производится диагностическая лапароскопия.

При эндоскопическом подтверждении диагноза определяется возможность завершения оперативного вмешательства лапароскопическим способом, при этом диагностическая лапароскопия переходит в лечебную. Мы располагаем опытом использования в лечебно-диагностических целях лапароскопической техники при непроходимости кишечника у 17 детей различного возраста. В их числе дети в возрасте от 7 мес. до 18 лет. Девочек - 5, мальчиков - 12. Оперативное лечение больных лапароскопическим путем произведено 17 детям путем адгезиолизиса. При наличии единичных спаек, инвагинации кишечника в ранней стадии методика являлась эффективной. При выраженном парезе кишечника, наличии множественных спаек между петлями кишечника была показана конверсия.

По нашим данным конверсия потребовалась 4 детям, в 1 случае вследствие тяжелейшего спаечного процесса в брюшной полости, в 2 случаях – интимные сращения петель кишечника в зоне операции, в 1 случае конверсия объяснялась поломкой аппаратуры во время вмешательства.

В послеоперационном периоде больные после лапароскопического лечения в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались в первые сутки после операции. Интраоперационных и послеоперационных осложнений у больных после лапароскопических операций не было.

Таким образом, метод лапароскопии открывает широкие возможности как в диагностике, так и в комплексном лечении острой кишечной непроходимости у детей.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Сахибова М.Д., Касимова Г.З., Ашуралиева М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние десятилетия во всех странах мира, в том числе в Республике Узбекистан, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости детей респираторными аллергиями и их более тяжелое течение. По результатам ряда исследователей, распространенность РА в Республике Узбекистана варьирует от 1,7% до



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



7,2%, что обусловлено не только влиянием внешних региональных факторов, но и использованием различных методов диагностики. В настоящее время РА рассматривают как мульти-факториальное полигенное заболевание. Развитие хронического аллергического воспаления дыхательных путей, лежащего в основе бронхиальной астмы, может быть обусловлено рядом факторов (генетическая предрасположенность к атопии и гиперреактивности бронхов, повышенному синтезу определенных цитокинов, нарушения нейро-иммунно-эндокринного комплекса и др.).

Цель исследования: Анализ влияния базисной противовоспалительной терапии на показатели функции внешнего дыхания (ФВД) и уровень контроля над заболеванием у детей с бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы исследования. Нами было проведено обследование 35 детей от 4 до 15 лет с БА. Исследование ФВД проводилось методом спирометрии на диагностическом спирометре Spirolab II с оценкой основных показателей; оценка и интерпретация результатов проводилась в соответствии с международными рекомендациями. Оценка ФВД проводилась всем детям до назначения базисной терапии и спустя 3 месяца после начала лечения. Кроме того, дважды было проведено анкетирование детей по адаптированным опросникам для детей - Тест по контролю над БА у детей (АСТ): до назначения базисной терапии и спустя 3 месяца после начала лечения.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные у общей группы детей с лёгким течением бронхиальной астмы в периоде обострения заболевания достоверных изменений показателей форсированной жизненной емкости лёгких (ФЖЕЛ) и объёма форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) не отмечалось. Однако, у больных с лёгким течением бронхиальной астмы регистрировалось понижение пиковой скорости выдоха (ПСВ, $p < 0,02$), максимальных объёмных скоростей потока кривой в точках, соответствующих 25, 50 и 75% форсированной жизненной ёмкости лёгких (МОС₂₅, $p < 0,001$; МОС₅₀, $p < 0,001$; МОС₇₅, $p < 0,001$) и средних значений максимальных объёмных скоростей потока кривой в интервалах от 25 до 75% и от 75 до 85% форсированной жизненной ёмкости лёгких (СМОС_{25_75}, $p < 0,001$; СМОС_{75.85}, $p < 0,001$). Спустя месяц от начала наблюдения и лечения, у больных лёгкой формой бронхиальной астмой констатировалось удовлетворительное общее состояние, никаких жалоб пациенты не предъявляли, астматические приступы за указанный промежуток времени у них не возникали, клинические проявления болезни отсутствовали. Значения флоуметрических показателей у детей с лёгким течением бронхиальной астмы в периоде клинической ремиссии заболевания существенно не отличались от значений указанных показателей у практически здоровых детей. Доля детей с БА легкой степени составила 43 %, с БА средней тяжести - 49 %, с БА тяжелой степени - 8 %. До начала лечения нарушения ФВД по обструктивному типу были выявлены у 81 % ребенка, по рестриктивному типу - у 3 %, по смешанному типу - у 4 %, у 12 % детей вентиляционных нарушений не было выявлено. После курса лечения нарушения ФВД по обструктивному типу отмечались лишь у 15 % детей, нарушений по рестриктивному типу не было выявлено, по смешанному типу



нарушения оставались у 1 % ребенка, у 84 % пациентов отсутствовали нарушения ФВД. Контролируемая БА была установлена у 57 % пациентов до начала лечения и у 83 % после курса лечения, неконтролируемая БА выявлена у 43 % и у 17 % соответственно ($p=0,0012$).

Выводы: На фоне проводимой базисной противовоспалительной терапии у детей с БА отмечено значимое улучшение показателей ФВД и повышение контроля над заболеванием.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ БЛОКАДЕ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

Собиров С.М

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Введение. Одним из направлений развития регионарной анестезии являются поиск новых адъювантов. Весьма перспективным адъювантов представляется дексаметазон, использование которого удлиняло время аналгезии при нейроаксиальных блокадах, при аналгезии в челюстно-лицевой хирургии и урологической практике. Сообщения об использовании дексаметазона с **Целью** удлинения аналгетического в ортопедотравматологической практике единичны.

Целью работы явилась оценка аналгетического эффекта дексаметазона при блокады плечевого сплетения ропивакаином.

Материал и методы. Исследование выполнено в соответствии с принципами «Надлежащей клинической практики». Обследовано 121 пациента, подвергнутых артроскопии плечевого сустава, разделенных на три сопоставимые по своим характеристикам группы. В первой группе ($n=42$) вводили 25 мл 0,5% раствора ропивакаина, во второй ($n=34$) – 8 мг дексаметазона и 25 мл 0,5% раствора ропивакаина, в третьей ($n=45$) - 25 мл 0,5% раствора ропивакаина в сочетании с внутривенным **Введением** 8 мг дексаметазона. Блокаду нервов плечевого сплетения межлестничным доступом осуществляли при помощи нейростимуляции (Stimuplex B. Braun, Германия). В послеоперационном периоде оценивали длительность безболевого периода, интенсивность болевого синдрома, потребность в аналгетиках, качество жизни (состояние сна) и общую удовлетворенность пациентов. В случае недостаточной аналгезии внутривенно вводили 100 мг кетопрофена. При болевом синдроме интенсивностью 6 баллов по ВАШ и более – трамадол. Оценивали качество сна (нарушение сна из-за боли) и удовлетворенность пациентами проведенной анестезией оценивали по тому, хотели ли больные при повторной операции подвергнуться тому же



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



методу обезболивания. Статистическая обработка полученного цифрового материала выполнялась с помощью «Пакета анализа»

Полученные Результаты. В первой группе длительность безболевого периода составляла $12,8 \pm 4,8$ ч, во второй и третьей группах – $22,8 \pm 7,1$ ч и $24,1 \pm 6,8$ ч, ($P < 0,001$) соответственно. Примечательно, что трем (7,1%) пациентам первой группы, 4-м (11,8%) – второй и 5 (11,1%) третьей в течение первых 48 часов после операции показания к введению анальгетиков отсутствовали.

В течении 24ч послеоперационного периода в первой группе интенсивность болевого синдрома до 4-х баллов по ВАШ отмечена у 29 (69,0%) больных, 4 балла по ВАШ и более – у 13 (31,0%) больных, во второй – у 32 (94,1%) больных и у 2-х (5,9%) больных, в третьей – у 30 (91,1%) больных и у 4 (8,9%) больных соответственно. Между первой группой и второй и третьей группами показатели имели статистически достоверную разницу ($P < 0,001$). На вторые сутки в первой группе интенсивность болевого синдрома до 4-х баллов по ВАШ отмечена у 34 (80,1%) больных, 4 балла по ВАШ и более – у 8 (19,0%) больных, во второй – у 31 (91,2%) больных и у 3 (8,8%) больных, в третьей – у 97% больных и у двух (4,4%) больных соответственно. В течение 48 часов послеоперационного периода расход диклофенака в среднем составлял в первой группе – 196,2 мг, во второй и третьей – 125,1 и 121,9 мг для второй и третьей групп соответственно ($P < 0,01$).

Нарушения сна в первую ночь после операции отметили 25 (59,5%) пациентов первой группы и 11 (32,4%) и 10 (22,2%) второй и третьей групп ($P < 0,001$) соответственно. Удовлетворенность обезболиванием пациентами составляла в первой группе 84%, во второй – 91,2%, в третьей – 95,6% без статистически значимой разницы.

Обсуждение. Полученные нами **Результаты** показывают, что дексаметазон значительно увеличивал продолжительность анальгезии при блокаде плечевого сплетения, причем независимо от способа введения.

Мнения о механизме действия дексаметазона неоднозначно. Некоторые авторы считают, что удлинение анальгетического эффекта местных анестетиков обусловлено прямым влиянием глюкокортикоида на нервную проводимость, другие полагают, что имеет значение индуцированная адьювантом периневральная вазоконстрикция, способствующая медленной абсорбции местного анестетика, третьи полагают, что дексаметазон активирует цитоплазматические глюкокортикоидные рецепторы. Кроме того, в реализации анальгетического эффекта дексаметазона определенную роль играют опиатные рецепторы: согласно недавним исследованиям, дексаметазон значительно изменял чувствительность мю- дельта- и каппа - опиоидных рецепторов в коре надпочечников, в гипоталамусе и гипофизе.

Заключение. Таким образом, полученные данные дают все основания считать, что дексаметазон обладает способностью увеличивать длительность послеоперационной анальгезии у пациентов, подвергнутых артроскопии плечевого сустава в условиях межлестничной блокады независимо от метода его введения (периневрально или системно).



Требуются дальнейшие исследования по изучению механизма анальгетического действия дексаметазона.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОМБИНИРОВАННОЙ БЛОКАДЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Собиров С.М

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

В последнее время артроскопические оперативные вмешательства на коленном суставе все чаще становится «операцией одного дня», что предъявляет особые требования к ее анестезиологическому обеспечению. Эти вмешательства, как правило, выполняется в условиях нейроаксиальной блокады, блокады магистральных нервов (бедренного, седалищного), внутрисуставной анестезии и даже многокомпонентной общей анестезии. Внедрение в широкую практику ультразвуковых методов визуализации выполнения регионарной анестезии позволило изолированно блокировать сенсорные ветви бедренного и седалищного нерва.

Цель нашей работы явилось клиническая оценка комбинированной блокады периферических нервов при артроскопии коленного сустава.

Материалы и методы. В исследовании были включены 60 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет, которым артроскопически были выполнены менискэктомия (44 пациентов), хондропластика (10 пациентов), диагностическая артроскопия (4 пациента), туннелизация хряща (2 пациента). Премедикация на столе включала 5 мг сибазона и 50 мкг фента-нила. Больные были разделены на две сопоставимые по своим характеристикам группы. В первой группе (n = 30) выполняли блокаду n. Safenus в Гюнтеровом канале, блокаду ветви n. Tibialis в подколенной области, блокаду нервов в межфасциальном пространстве над портняжной мышцей в средней трети бедра и блокаду геникулярных нервов колена, для чего использовали 0,4% раствор ропивакаина в объеме 60 мл. Выполнение блокады проводилось под УЗ-контролем аппаратом Ezono 4000 (Германия). Во второй группе (n=30) использовали внутрисуставную анестезию в объеме 60 мл 1% раствора лидокаина с добавлением 2 кап 0,1% раствора адреналина гидрохлорида и 10 мл 0,5% раствора ропивакаина. Седацию осуществляли пропофолом, который вводили со скоростью 100-200мг/ч. Интраоперационно контролировали неинвазивным методом артериальное давление, частоту сердечных сокращений, насыщения крови кислородом, SPI (хирургический плетизмографический индекс – «индекс боли») при помощи монитора General Electric Datex-Ohmeda Anesthesia Monitor. У



всех пациентов выполнена оценка выраженности боли с помощью 10 см визуальной аналоговой шкалы (ВАШ): 0 – нет боли, 10 – максимально вообразимая боль. Оценку выраженности боли проводили через 4, 8, 12, 24 ч. как в покое, так и при сгибании коленного сустава до 60 градусов.

Полученные Результаты. Ни один из пациентов не был исключен из исследования. 5 (16,7%) пациентов первой группы и 9 (30%) из второй группы анестезия была недостаточной ($SPI > 50$), в связи с чем дополнительно вводился 100-150 мкг фентанила.

Неадекватность анестезии у пациентов первой группы обусловлена анатомическими особенностями больных, несовершенством техники ультразвуковой навигации (плохая визуализация тканей) и становлением методики анестезии, во второй группе - связано с вымыванием анестетика промывающим раствором. Средняя длительность операции - 25 мин. При увеличении времени операции свыше 40 мин, предложенная анестезия показывала более значимую эффективность в отличии от внутрисуставной анестезии в связи с прекращением действия связанное с вымыванием анестетика из тканей. Значимых гемодинамические изменения в обеих группах не зарегистрировано. Длительность без-болевого периода составляла в первой группе $12,2 \pm 3,4$ [10-24] ч., во второй – $3,9 \pm 2,1$ [4-6] ч. В обеих группах достаточно было использование нестероидных противовоспалительных средств. Осложнений, связанных с применением местной анестезии, не зарегистрированы.

Вывод. Комбинированная блокады периферических нервов при атроскопических операциях на коленном суставе позволяет обеспечить адекватную анестезию во время операции и вналгезию в послеоперационном периоде.

СРАВНЕНИЕ ВЕЛИЧИНЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ И УРОВНЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Собиров М.С.

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Актуальность. Обширные резекции печени относятся к оперативным вмешательствам с высоким риском кровопотери. Уменьшение кровопотери при этих операциях позволяет снизить периоперационную летальность, улучшает течение послеоперационного периода и отдаленные **Результаты** лечения. Поэтому важное значение имеет выявление факторов, способных уменьшить потерю крови. По мнению ряда авторов, достичь этого позволяет проведение диссекции ткани печени при низком



центрального венозного давлении (ЦВД). Однако дискуссия по этому поводу в литературе продолжается.

Цель работы. Сравнить величину интраоперационной кровопотери на этапе диссекции при обширных резекциях печени в зависимости от различного уровня ЦВД.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 24 анестезий при правосторонних гемигепатэктомиях. Пациенты (средний возраст $52 \pm 3,7$ лет, мужчин – 10, женщин – 14, класс ASA IIIII) разделены на две сопоставимые группы. У пациентов в группе I ($n=11$) ЦВД на этапе диссекции поддерживали на уровне не выше 5 мм рт. ст. В группе II ($n=13$) эта величина составляла 10-12 мм рт. ст. Операции проводили в условиях общей анестезии (севофлуран, фентанил, цис-атракурий) с ИВЛ. Оценка кровопотери – визуальный контроль резервуара аспиратора и взвешивание салфеток.

Результаты и обсуждение. Течение анестезии в обеих группах характеризовалось гемодинамической стабильностью и отсутствием выраженных метаболических нарушений. Длительность анестезии не отличалась между группами и составила $352 \pm 24,3$ мин. Хирургическая техника диссекции печени была одинакова у всех пациентов, в 100% случаев использовали Pringle-маневр (время пережатия печеночно-двенадцатиперстной связки составило $27 \pm 4,8$ мин). Время диссекции не отличалось в группах и составило $42 \pm 4,5$ мин.

Инфузионная терапия в обеих группах проводилась кристаллоидными (Рингер, $2915 \pm 237,6$ мл) и коллоидными (гидроксиэтилкрахмал, $990 \pm 80,5$ мл) растворами. Проводили трансфузию свежзамороженной плазмы ($980 \pm 85,9$ мл). В ряде случаев интраоперационно переливали эритроцитарную массу (1-2 дозы), ориентируясь на значения гемоглобина, гематокрита и артериовенозной разницы pO_2 . Диурез не отличался между группами и составил $1,4 \pm 0,21$ мл/кг/час.

Низкая величина ЦВД на этапе диссекции в группе I достигалась некоторым ограничением инфузионной нагрузки и более высокой концентрацией севофлурана (вазодилатирующий эффект) в этот период. После окончания диссекции и снятия зажима с печеночно-двенадцатиперстной связки в некоторых случаях отмечали возникновение умеренно выраженного реперфузионного синдрома. Для его коррекции в этот период применяли инфузию допамина (3-5 мкг/кг/мин) и увеличение волемической нагрузки.

До этапа диссекции кровопотеря составила $156 \pm 30,4$ мл в обеих группах. Кровопотеря во время диссекции в группе I – $857 \pm 56,8$ мл. В группе II эта величина составила $890 \pm 75,3$ мл ($p > 0,05$ между группами). Таким образом, достоверной разницы в величине кровопотери во время диссекции между группами не отмечено. Поскольку кровопотеря при диссекции зависит от степени кровенаполнения печени, можно предположить, что она не вполне коррелирует с величиной ЦВД.

Заключение. Исследование не выявило зависимости между величиной ЦВД и кровопотерей при диссекции паренхимы печени. Дальнейшее изучение проблемы может позволить выявить предикторы кровопотери при обширных резекциях печени.



СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА,

Собирова Н.Р.

Кафедра педиатрии лечебного факультета
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Внедрение современных рекомендаций по ведению пациентов с ОКС и обеспечение стратегии ранней реперфузии в системах здравоохранения ряда зарубежных стран ознаменовалось снижением частоты возникновения КШ до 3 - 8%. Однако уровень госпитальной летальности при КШ остается высоким во всех возрастных группах: 50 — 90%.

Существующая зависимость уровня летальности при ОКС от доступности специализированной высокотехнологичной помощи обуславливают актуальную научно — практическую задачу: формирование междисциплинарного подхода к эффективной диагностике и лечению пациента с использованием коронарной реперфузии и интенсивной терапии осложненных форм ОКС.

Цель исследования. Цель исследования состоит в разработке инновационных подходов к управлению риском развития неблагоприятного исхода острого коронарного синдрома, осложненного кардиогенным шоком в условиях специализированного медицинского центра.

Материалы и методы исследования. Объем наблюдения составил 192 пациентов с ОКС последовательно поступивший в РЦЭМПАФ в период с 2021 по 2023 год. Из общего количества поступивших с ОКС ИМ составил 33,9 % (n=6537).

Результаты исследования. Частота развития кардиогенного шока у пациентов с ОКС высокого риска в период с 2006 по 2011 годы составила 7,5% (от 4,4% в 2008 году до 10,4% в 2010 году); госпитальная летальность - 88% (от 98,8% в 2006 году до 80 % в 2010 году). Консервативная стратегия ведения пациентов с кардиогенным шоком сопровождается 100% госпитальной летальностью.

С риском развития кардиогенного шока при остром коронарном синдроме ассоциируются: возраст пациента старше 60 лет, женский пол, наличие сахарного диабета, анемия, гипергликемия и повышение концентрации креатинина плазмы крови при поступлении в стационар, а также позднее обращение пациента за медицинской помощью.

Факторами риска неблагоприятного исхода кардиогенного шока являются: пожилой возраст, степень поражения коронарного русла и отсутствие эффективной реперфузии при чрескожном коронарном вмешательстве -достижения кровотока TIMI 3. Возможности тромболитической терапии при кардиогенном шоке в качестве реперфузионного подхода ограничены. Тромболитическая терапия применялась в среднем у 12,1 % (8,9% - 14,6%) пациентов с кардиогенном шоке, летальность при этом виде лечения составляет в среднем 91,8% (83,3% - 100%).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



К инновационным подходам управления риском развития неблагоприятного исхода у пациентов с острым коронарным синдромом, осложненным кардиогенным шоком, относится создание условий для реализации междисциплинарного подхода к диагностике и лечению «противошоковой бригадой» (участие кардиолога, врача функциональной диагностики, рентгенэндоваскулярного хирурга) на основе утвержденного алгоритма действий для обеспечения преемственности и комплексности применения современных клинических методик.

Внедрение инновационных подходов управления риском неблагоприятного исхода острого коронарного синдрома, осложненного кардиогенным шоком в условиях кардиологического стационара в 2009-2011 годы по сравнению с 2006-2008 годами позволило увеличить частоту процедур чрескожного коронарного вмешательства с поддержкой внутриаортальной баллонной контрпульсацией (с 8,5% до 91% пациентов, или более чем в 10 раз; $p=0,00001$); использования чрескожного коронарного вмешательства со стентированием в 4,7 раза ($p=0,00001$), частоту применения многососудистого чрескожного коронарного вмешательства - в 2,5 раза ($p=0,0081$).

При условии выполнения комплекса лечебных мероприятий у пациентов с кардиогенным шоком: чрескожное коронарное вмешательство со стентированием и восстановлением кровотока до TIMI 3 при поддержке внутриаортальной баллонной контрпульсации, увеличение возраста пациента на 1 год обуславливает рост вероятности летального исхода на 1,1%, увеличение значения тяжести поражения коронарных артерий по SYNTAX на 1 единицу - на 0,6%. Ранний тромбоз стента ассоциируется со 100%-летальностью.

Вывод. Новые подходы к интенсивной терапии острого коронарного синдрома, осложненного кардиогенным шоком в период 2009-2011 годы, по сравнению с 2006-2008 годами способствовали пятикратному сокращению времени от поступления в стационар критического пациента до реперфузии (с $423\pm 1403,1$ до 83 ± 108 мин $p=0,0038$); увеличению частоты достижения оптимального кровотока по T1M1 — в 3,7 раза ($p=0,005$), снижению уровня рецидивов инфаркта миокарда, осложненного кардиогенным шоком с 31% до 18,6% ($p=0,0029$) и уровня госпитальной летальности в 1,6 раза (с 91% до 56,9%, $p=0,000001$).

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНОГО ИЗМЕНЕНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Собирова Н.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Фибрилляция предсердий, или мерцательная аритмия (МА), была выделена как отдельная форма нарушения ритма сердца в первой четверти XX века. В



ряде экспериментальных и клинических исследований при данном нарушении ритма были продемонстрированы хаотическая электрическая активность предсердий и нарушение их механической функции.

Накопление экспериментальных и клинических данных о МА привело к созданию различных направлений в противоаритмическом лечении этой категории больных. К настоящему времени основным методом лечения МА является антиаритмическая фармакотерапия.

Цель исследования. Изучить структурные изменения миокарда предсердий с помощью метода МРТ с отсроченным контрастированием и уровни лабораторных маркеров фиброза у пациентов с мерцательной аритмией.

Материал и методы исследования. Характеристика лиц, включенных в исследование. В общей сложности в исследование был включен 101 человек. Все лица, вошедшие в исследование, прошли клинико-инструментальное обследование, в обязательном порядке включавшее в себя выполнение общего и биохимического анализов крови, общего анализа мочи, определение уровней тиреотропного гормона и тетрайодтиронина, ЭКГ в стандартных отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), измерение артериального давления (АД), проведение нагрузочной пробы и ЭХОКГ.

Результаты исследования. Больные пароксизмальной и персистирующей формами мерцательной аритмии характеризуются выраженным очаговым (до 70%) и диффузным фиброзом миокарда левого предсердия. Максимальные проявления очагового и диффузного фиброза миокарда левого предсердия обнаруживаются у больных мерцательной аритмией, страдающих частыми приступами при длительном анамнезе аритмии, а также у больных мерцательной аритмией в сочетании с гипертонической болезнью.

Наиболее выраженные нарушения сократимости левого и правого предсердий (ФВ ЛП 44,5%, ФВ ПП 39,2%) и их наименьшая эластичность (фракция пассивного выброса предсердий менее 50%) определяются у больных мерцательной аритмией, что принципиально отличает их от больных гипертонической болезнью без мерцательной аритмии и здоровых добровольцев.

Фиброз миокарда левого предсердия не является признаком, специфичным для больных мерцательной аритмией. В 72% случаев он встречается у больных гипертонической болезнью без мерцательной аритмии, а в 43,5% случаев у здоровых добровольцев старшего возраста (50 ± 8 лет).

Фиброз миокарда левого предсердия у здоровых добровольцев отличается малой выраженностью (в среднем до 3,5% объема миокарда) и преимущественной локализацией в области задней стенки левого предсердия, примыкающей к кольцу митрального клапана.

Комплексная характеристика «фенотипа» предсердий у больных, страдающих мерцательной аритмией, включает в себя определение таких показателей, как фракции



выброса обоих предсердий, выраженность очагового фиброза миокарда левого предсердия по данным МРТ с отсроченным контрастированием и соотношение сывороточных концентраций матричной металлопротеиназы 1 типа и тканевого ингибитора металлопротеиназ 1 типа.

Вывод. Внедрена в практическую работу оригинальная программа LGE HEART Analyzer, позволяющая получать количественную и пространственную характеристики фиброзных изменений миокарда предсердий.

Программа LGE HEART Analyzer может быть использована для определения выраженности структурных изменений предсердий у больных МА на фоне консервативной терапии, а также для оценки повреждений ЛП, вызванных процедурой катетерной аблации.

Разработан и введен диагностический критерий «МА+», позволяющий комплексно характеризовать «фенотипические» особенности предсердий при МА на основании определения выраженности фиброза ЛП, фракций выброса ЛП и ПП и соотношения концентраций в крови ММП-1 к ТИМП-1. Кроме того, расчет данного критерия потенциально позволяет с высокой чувствительностью и специфичностью предполагать наличие МА у лиц, не имеющих подтверждение этой аритмии на ЭКГ.

НЕЙРОЛЕПТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ

Содикжонов Х. Салиев М.М., Аграновский М.Л., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт,

Актуальность. Шизофрения является хроническим рецидивирующим расстройством психотического уровня, существенно ухудшающим социальную и профессиональную деятельность пациентов и сокращает продолжительность жизни на 15-25 лет. Лечение включает в себя различные медикаментозные средства в сочетании с широким спектром психосоциальных интервенций.

В целом такая терапия направлена на снижение частоты и тяжести обострений психотических проявлений (рецидивов), на редукцию широкого спектра симптомов заболевания, улучшение функционирования пациентов и повышение их качества жизни.

До появления и широкого распространения антипсихотических препаратов в предшествующие 50-70 лет, стандартное лечение таких пациентов заключалось в обеспечении им безопасной и благоприятной среды в больницах для длительного их проживания.

Появление в 50-х годах XX века первого антипсихотического препарата хлорпромазина (аминазина) явилось революцией в психофармакотерапии шизофрении, при том, что и до настоящего момента эта группа медикаментов остается основным средством для лечения болезни.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель исследования. Рассмотреть ситуацию применения нейролептиков как основных фармакологических средств для лечения шизофрении как хронического психического заболевания, представленного рядом позитивных, негативных, когнитивных и аффективных симптомов, приводящих в итоге к дезорганизации психической деятельности и психической дезадаптации пациентов.

Результаты исследования. Тем не менее, крупномасштабных исследований (например, Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness, CATIE, при котором проводилось сравнение одного из АП первого поколения (Перфеназина) с четырьмя препаратами второго поколения (Оланзапин, Кветиапин, Рисперидон и Зипрасидон), свидетельствуют, что атипичные антипсихотические препараты могут быть не более эффективными, чем типичные, и не показывают при этом лучших результатов в плане восстановления когнитивной функции и социального функционирования [24, 38]. Следует отметить, что в этом исследовании представлены данные обследования получавших Перфеназин пациентов с клинически значимым ЭПС в анамнезе, то есть

Результаты исследования действия этого препарата действительны только для пациентов с низким риском развития ЭПС [21]. В выполненном в рамках Европейского эмпирического исследования первого эпизода шизофрении (EUFEST) проведено открытое сравнительное изучение эффективности галоперидола, амисульприда, оланзапина, кветиапина и зипразидона у пациентов с первым эпизодом шизофрении, показавшее наличие значительных различий между двумя поколениями антипсихотических препаратов [17]. Сравнительные исследования эффективности применяемых в настоящее время антипсихотических препаратов в настоящее время продолжаются. В частности, в одной из публикаций кратко представлены актуальные данные об их сравнительной эффективности, описаны побочные эффекты и **Результаты** лечения.

Вывод. Несмотря на наблюдаемые на протяжении последних двух десятилетий изменения, вызванные прогрессом фармакологических и психосоциальных методов лечения шизофрении, по-прежнему наблюдается лишь небольшое улучшение жизни пациентов.

Существующие методы лечения оказались эффективными лишь частично, что связано в том числе и с многочисленными побочными эффектами. Пока ограничения существующего терапевтического арсенала очевидны, понятно и то, что процедура лечения наиболее часто далека от достижения наилучших результатов.

Трудность трансформации имеющихся научно-обоснованных фармакологических и психосоциальных методов лечения в целях обеспечения лучшего исхода лечения объясняет значительное изменение медицинской практики и результатов в различных системах здравоохранения.



КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОПУЛЯЦИИ НАРКОМАНОВ

Содикова Д.Т., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Курбонова Р.Р., Усмонов Б.У.
Андижанский Государственный медицинский институт

Цель. Проведена оценка клинических проявлений хронических гастродуоденальных заболеваний (ХГДЗ).

Методы. В популяционном исследовании обследованы 590 наркоманов, использованы эпидемиологические, клинические и эндоскопические методы.

Результаты. По нашим данным, ведущим клиническим проявлением являлся у наркоманов болевой синдром, характер которого был разнообразным. У 2,8% больных наркоманов с ГДЗ боли были постоянные, у 67,9% - эпизодические и у 34,9% - носили приступообразный характер. Сезонность усиления клинических проявлений ГДЗ у наркоманов отмечался в 34,7% случаев и основными факторами, усиливающими боли в животе у них были нарушение ритма/режима питания (в 65,6% случаев), острые пища (в 42,4% случаев), нервный фактор (в 29,5%), прием молока – (в 11,9% случаев) и прием жирной пищи (в 5,1% случаев). Практически каждый пятый больной наркоман с ГДЗ указали (19,3%), что рвота облегчает боли. Прочие симптомы отмечались больными в виде снижения аппетита (77,9%), похудание (73,0%), наличие крови в кале (3,7%), наличие слизи в кале (54,2%) и дегтеобразного стула (1,9%). Обращает на себя внимание и тот факт нами выявленный, что ранее диагноз ХГДЗ больным наркоманам не выставлялся в 95,6% случаев, то есть они определялись лишь впервые только путем эпидемиологического скрининга.

Выводы. Думается, это очень важный факт, дающий фундаментальную основу для реорганизации структур оказания медицинской помощи наркотизирующейся слоям популяции взрослого населения.

ОСОБЕННОСТИ МОНИТОРИРОВАНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ТЯЖЕЛЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Содикова Д.Т., Мамасолиев Н.С., Салохидинов А., Каландаров Д.М., Усмонов У.Б.
Андижанский Государственный медицинский институт,

В проблеме тяжелых терапевтических состояний по сей день остается немало «белых пятен» - как в выявлении причин (факторов риска) их возникновения, так и в определении эффективных способов профилактики. Прежде всего, следует отметить, что факторы риска, которыми обусловлено возникновение и осложнение этих состояний до сих пор идентифицированы не точно.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель работы – разработать и апробировать методические подходы эпидемиологического выявления факторов риска тяжелых терапевтических заболеваний и их способов первичной профилактики у популяции женщин Ферганской долины.

Материал и методы. Для исследования было выбрано неорганизованное женское население 15-49 лет гг. Андижана и Намангана (в данное сообщение включен анализ результатов исследования 1598 женщин), сформированное из списков избирателей по таблицам случайных чисел (10 %-ная репрезентативная выборка). Специфика исследования: • фиксирование флюктуации ФР только на определенный момент (1996-1999гг.); • обладает достаточно высокой надежностью и низкой стоимостью; • требовала меньше персонала; • в ходе работы оценивалась лишь часть совокупности, по которой в дальнейшем вырисовывались популяционная «конструкция» тяжелых терапевтических состояний в целом у женщин молодого возраста. Уровень стандартизованности и доказательности исследования: • обследование популяции проводилось по стандартизованной программе, применялись стандартизованные эпидемиологические методы и полученные данные строго оценивались по критериям ВОЗ; • объекты исследования находились в равных социально-экономических условиях; • обследуемые имели равные возможности получения медицинской помощи; • выявление и лечение больных тяжелых терапевтических состояний по общим диагностическим и клиническим подходам; • использована специально созданная для женской популяции и стандартизованная система анкетирования, предназначенная для выявления экономических, социальных и «главных» эпидемиологических факторов риска тяжелых терапевтических состояний;

Результаты исследования: • оптимальным методом изучения распространенности и особенностей флюктуации факторов риска (липидных и нелипидных, физиологических, изменяемых и неизменяемых, «новых» эндемических и общих) тяжелых терапевтических состояний является комплексное эпидемиологическое исследование, предусматривающее выявление женщин как с изменяемыми так и с неизменяемыми риск-факторами; • многие факторы риска тяжелых терапевтических состояний у женщин молодого возраста носят «изменяемый» характер; • распространенность физиологических факторов среди женского населения достаточно высока и увеличиваются с возрастом; • у популяции женщин молодого возраста имеются определенные закономерности в эпидемиологических характеристиках некоторых коагулологических факторов риска.

Выводы. В целом, следует отметить, что современная концепция факторов риска тяжелых терапевтических состояний или эпидемиология терапевтического континуума исходит из гипотезы общности для этих патологий многих факторов риска. Дальнейшего исследования в данном направлении представляются весьма перспективными.



НЕЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ, СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Содиқжонов Х. Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М.
Андижанский государственный медицинский институт,
Кафедра психиатрии и наркологии

Введение. **Актуальность** изучения своевременной диагностики и адекватной терапии психических расстройств невротического уровня обуславливается как высокой распространенностью таких расстройств, так и недостаточной разработанностью проблемы в целом. В настоящее время в РФ* распространенность пограничных психических расстройств составляет 26%, а психосоматических расстройств -31%.

Психические расстройства обычно имеют мультифакториальное происхождение, характеризуются неспецифичностью; картина* их во многом зависит не только от внешних, но и от внутренних условий (наследственность, преморбидная' личность), дополнительных патогенных моментов.

Для их развития необходимо сложное взаимодействие индивидуальных основ личности, характера реагирования на окружающее, наличие прошлых психологических травм, социальных и других факторов.

Целью нашего исследования является научная разработка системы современных подходов к восстановительной терапии больных с невротическими, связанными со стрессом; с соматоформными расстройствами; путем проведения^ сравнительного анализа эффективности исследуемых комплексов нелекарственных методов: лечения (рефлексотерапии; психо- и фитотерапии).

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением в условиях Андижанского психоневрологического диспансера находилось 78 больных с различными формами неврозов и неврозоподобными состояниями экзогенного и эндогенного происхождения.

Результаты и их обсуждение: В результате проведенного исследования установлено, что наиболее часто встречались следующие расстройства: невротения (38 больных, 43,2%), истерический невроз (18 больных, 23,0%) и невроз навязчивых состояний (22 больных, 25,0%).

В восстановительном периоде, наряду с физическими и физиотерапевтическими методами лечения, широко использовалась аутогенная тренировка, которая, на наш взгляд, является оптимальным средством для самоконтроля и регуляции деятельности нервной системы, мышечной системы и внутренних органов организма.

Аутогенная тренировка в психологической реабилитации больных играет особую восстановительную, а затем и профилактическую роль, направленную на подавление психических причин вегетативных отклонений, снятие нервных напряжений,



переутомлений, стрессовых явлений. Абсолютное большинство больных, прошедших психологическую реабилитацию с использованием аутогенной тренировки, вернулись к прежней социальной и трудовой деятельности, которую выполняли в полном объеме.

Вывод: Разработанные комплексные программы лечения больных с невротическими, связанными, со стрессом, и соматоформными расстройствами* позволяют значительно повысить эффективность терапии этих заболеваний, избежать побочных и нежелательных эффектов, восстановить защитные психологические нейровегетативные и нейроэндокринные механизмы.

Предлагаемые конкретные методы психотерапии, схемы иглорефлексотерапии, сборы различных трав и их сочетаний позволяют подобрать индивидуальное соотношение методик для каждого конкретного пациента, направленных как на ликвидацию имеющихся симптомов заболевания, так и на разрешение причинных психогенных ситуаций и восстановление адаптации.

На основе полученных результатов лечения исследуемых групп пациентов были определены показания для назначения каждого метода нелекарственного воздействия и возможных сочетаний, а также установлены предикторы эффективности; что позволяет более адекватно и эффективно проводить лечение исследуемых групп больных.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Соипова Г. Г.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Своевременная диагностика и лечение хронического вирусного гепатита С (ХВГС) является одной из наиболее актуальных проблем современной гепатологии так как ХВГС отличается от других хронических заболеваний тем, что быстро прогрессирует в цирроз печени и гепатоцеллюлярный рак. Уточнение ранних стадий фиброза печени являются одним из наиболее актуальных направлений, требующими своего решения. В настоящее время пристальное внимание специалистов-радиологов, а также функциональной диагностики направлено на поиски надежных неинвазивных методов диагностики фиброза печени у больных хроническими диффузными и очаговыми заболеваниями печени, в том числе и ХВГС. Представляются важными исследования, направленные на оценку роли и значения 2D SWE в системе мультипараметрического и мультидисциплинарного обследования больных ХВГС. Всё это обуславливает **Актуальность** и значимость целенаправленного изучения возможностей современных (серошкальное УЗИ, доплерография) и перспективных (эластография сдвиговой волны) ультразвуковых методов исследования в диагностике ХВГС.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель. Улучшение своевременного выявления различных стадий фиброза печени при хроническом вирусном гепатите С, путем применения ультразвуковой эластографии сдвиговой волной (2D SWE) в системе комплексного обследования больных. Материалы и методы. Проведен анализ результатов комплекса клинично-лабораторных и мультипараметрических ультразвуковых исследований 40 здоровых лиц и 180 больных хроническим вирусным гепатитом С, обследованных в период с 2020 года по 2022 год на современных ультразвуковых приборах Logiq S8 (США) и Toshiba Aplio 450 (Япония) мультичастотными конвексными датчиками частотой 2,5-5 МГц.

Технология серошкальной эхографии с соблюдением стандартных полипозиционных и полипроекционных положений датчика, представило ценные сведения о положении, структуре печени, желчного пузыря, внепеченочных и внутрпеченочных сосудов. Учет качественных и количественных параметров позволили проводить первичную дифференциальную диагностику диффузных и очаговых поражений печени.

При доплерографии изучено состояние местного кровотока в печени, с использованием режима цветового доплеровского картирования, энергетической доплерографии. При импульсно-волновом исследовании проведена оценка спектра направления кровотока, его характер.

Сдвиговолновая эластография паренхимы печени в реальном времени выполнялась во II, III, V, VI, VII и VIII сегментах печени с произведением не менее 7 измерений каждой зоны интереса (Q-Box) при направлении ультразвукового датчика строго перпендикулярно к органу, после выполнения серошкального ультразвукового исследования. Прибор позволяет автоматически получать количественную оценку жесткости ткани в кПа. Он позволяет также измерять скорость сдвиговой волны в м/с. На примененном нами ультразвуковом аппарате LogiqS8 (General Electric) цветовое кодирование (E-Box) в виде красного паттерна окрашивается наиболее жесткие ткани с высокой степенью значения модуля Юнга в кПа и наиболее высокой скорости сдвиговых волн (м/с) по сравнению с нормальными участками органа сине-зеленый цвет.

Результаты. По результатам проведенных исследований, первая стадия фиброза печени F1 по METAVIR была подтверждена у 45 (25%), F2 – у 55 (30,5%), F3 – у 62 (34,4%) и F4 – у 18 (10%) больных. контрольную группу F0 составили 40 здоровых пациентов.

ХВГС в стадии F1 характеризовался следующими признаками: выявлено частичное увеличение размеров печени – парциальная гепатомегалия у 54% больных. У 63% больных определялось уплотнение капсулы печени. В 54% наблюдениях отмечалось неравномерное и незначительное повышение эхогенности печени (F1 – 40%, F2 – 37,5%, F3 – 68,6%, F4 – 91,2%) с сохранением мелкозернистой эхоструктуры паренхимы. У 72% обследованных выявлено изменение в сосудистой архитектонике печени в виде ухудшения видимости печеночных вен.

При статистическом анализе размеров сосудов портальной венозной системы установлено, что диаметр портальной вены на начальных стадиях F1-F2 не расширился, но она заметно увеличивалась в диаметре к стадии F4 (F1 – $10,5 \pm 0,04$, F2 – $11,7 \pm 0,08$, F3 –



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



12,8±0,09, F4 – 13,7±1,01). Показатели максимальной скорости кровотока портальной вены в контрольной группе F0 составили 17,83±0,68 см/с, у больных группы F1 – 18,42±0,63 см/с, F2 – 18,13±0,53 см/с, F3 – 16,27±0,35 см/с и F4 – 13,50±0,86 см/с.

При сравнении максимальной линейной скорости кровотока портальной вены исследуемых групп F1-F4 с группой F0, только в группе F3-F4 наблюдается достоверное снижение максимальной линейной скорости кровотока.

При проведении эластографии 2D SWE в контрольной группе (F0) нами было установлено что эхоструктура паренхимы печени сосудистой архитектоники органа соответствовала возрастным эхографическим критериям. При этом средние показатели 2D SWE составили 5,8 (5,66-5,99) кПа, скорость сдвиговой волны не превышала 1,1±0,2 м/с. На цветовой картограмме выделенного окна (Q-Box) паренхима окрашивалась равномерно в синий цвет.

В первой стадии фиброза F1 средние показатели 2D SWE составили 7,13 (7-7,26) кПа, а скорость сдвиговой волны 1,3±0,2 м/с, при качественной оценке обращали внимание на окрашивание выделенного «окна» оно прокрашивалась в сине-зеленые цвета.

При второй стадии фиброза F2 средние показатели эластометрии составили 7,6 (7,5-7,83) кПа, а скорость сдвиговой волны увеличилась до 1,7±0,2 м/с. У больных этой группы цветовая картограмма характеризовалась окрашиванием выделенной зоны интереса смешанными сине-зелено-желтыми цветами.

В стадии F3 эластометрические показатели составили, в среднем, 10,2 (9,94-10,47) кПа, величина скорости сдвиговой волны достигла 1,8±0,2 м/с, а качественные показатели картограммы 2D SWE свидетельствовали об увеличении жесткости паренхимы печени. В зоне интереса (Q-Box) преобладали зеленые и желтые цвета.

В стадии фиброза F4 данные 2D SWE свидетельствовали об увеличении жесткости паренхимы органа до 16,6 (15,02-18,2) кПа, а скорости сдвиговых волн до 2,3±0,3 м/с. Качественный анализ выделенного «окна» показал, что в этой стадии жесткость исследуемых сегментов печени более выражена, чем при других стадиях, об этом свидетельствовало окрашивание зоны интереса оранжево-красными цветами.

Выводы. Ультразвуковое исследование печени в режиме серой шкалы (2D), представляет ценные сведения о топографии и биометрических размерах органа в различных проекциях сканирования, по изменению которых возможно подозрение на диффузное или очаговое поражение печени. Применение цветовой и импульсно-волновой доплерографии портальной вены способствует повышению диагностической информации: снижение скорости кровотока и расширение диаметра сосуда являются ранними эхопризнаками диффузных изменений печени при ХВГС. Технологии эластографии печени в режиме 2D SWE путем расширения визуализации до 6-ти сегментов способствует уточнению степени диффузного поражения паренхимы печени. Исследование является быстрым неинвазивным и информативным. Методики совместной оценки результатов исследования паренхимы печени в режиме 2D SWE в кПа



и скорости распространения сдвиговых волн в м/с позволяет улучшить достоверность результатов исследований, а прямое увеличение окна сдвиговых волн более чем в два раза улучшает качество информации, получаемые с исследуемого сегмента. Комплексная мультипараметрическая оценка фиброза печени при ХВГС повышает чувствительность ультразвукового исследования печени до 97% и специфичность до 93%.

ЭЛАСТОГРАФИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Соипова Г.Г. 1, Рашидова Х.А.2

1-Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан.

2-Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан.

Актуальность. Хронические диффузные заболевания печени (ХДЗП) являются серьёзной медико-социальной проблемой гепатологии. По данным ВОЗ в мире ХДЗП страдают около 2 миллиарда людей и смертность при этом за последние 10 лет возросла вдвое. ХДЗП включают широкий спектр нозологически самостоятельных диффузных воспалительных заболеваний печени различной этиологии. В ряде случаев этиология заболевания остается неизвестной. Кроме того, некоторые диффузные заболевание печени на определенном этапе их развития имеют ряд общих клинических и морфологических признаков, что требует проведения дифференциальной диагностики между ними. В настоящее время, в качестве альтернативы пункционной биопсии предлагается ультразвуковая эластография, основанная на непосредственной оценке упругости/эластичности паренхимы печени. С появлением метода эластографии открылись новые возможности в диагностике заболеваний печени. Однако диагностические возможности двумерной эластографии сдвиговой волны (2D SWE) при диффузных заболеваниях печени изучены недостаточно.

Цель. Улучшение дифференциальной диагностики ХДЗП путём сравнительного анализа морфологического и ультразвукового эластографического методов исследования в определении степени выраженности заболевания.

Материалы и методы. В период с 2020 по 2022 гг. были обследованы 84 пациента. Все обследованные были разделены на 2 группы. В первую группу были включены 44 больных хроническими вирусными гепатитами (ХВГ), во вторую группу - 40 больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП). Всем обследованным после клинико-лабораторного обследования провели ультразвуковое исследование печени в режиме серой шкалы, доплерографии и двумерной эластографии сдвиговой волной на ультразвуковых приборах экспертного класса GE Logic S8 и Toshiba Aplio 450.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Исследование осуществлялось на II, III, V, VI, VII и VIII сегментах печени с не менее пятикратным измерением каждой зоны интереса (Q-Box) на глубине 2-6 см от поверхности кожи в зоне, свободной от магистральных сосудов. При этом величина эластического модуля Юнга печени выражалась в кило Паскалях (кПа), а скорость сдвиговой волны в метр секундах (м/с). При **Цельная** трепан-биопсия печени являлась референтным методом в оценке возможностей ультразвуковой эластографии в режиме 2D SWE.

Результаты. При обследовании больных ХВГ 1-группы получили следующие **Результаты:**

В первой стадии фиброза печени F1 (9 больных) средний показатель 2D SWE составил 7,13 (7-7,26) кПа, а скорость сдвиговой волны составила $1,3 \pm 0,2$ м/с. При морфологическом исследовании у больных этой группы ткань печени была с дистрофическими изменениями, в отдельных прослойках было скопления лимфоцитов. Эта картина соответствовала хроническому воспалению печени.

У больных со стадией фиброза F2 (12 больных) средние показатели эластометрии составили 7,66 (7,5-7,83) кПа, а скорость сдвиговой волны увеличилась до $1,7 \pm 0,2$ м/с. У пациентов из этой группы морфологическое исследование показало, что ткань печени была с дистрофическими изменениями, гепатоциты были в состоянии гидropической и вакуольной дистрофии, с очагами колликвационного некроза. В портальном тракте был выявлен клеточный инфильтрат, состоящий из лимфо-лейко-макрофагальных клеток.

В стадии F3 (15 больных) эластометрические показатели составили в среднем 10,2 (9,94-10,47) кПа, величина скорости сдвиговой волны достигла $1,8 \pm 0,2$ м/с. При морфологическом исследовании наблюдалось разрастание фиброзной ткани, нарушение балочных структур долек, расширение большинства портальных трактов, образование порто-центральных септ, нарушение архитектоники долек, обструкция и перестройка желчных протоков, развитие холестаза, что соответствовало выраженному фиброзу печеночной ткани.

В стадии фиброза F4 (8 больных) данные 2D SWE свидетельствовали об увеличении жесткости паренхимы органа до 16,6 (15,02-18,2) кПа, а скорости сдвиговых волн ускорилась до $2,3 \pm 0,3$ м/с. При морфологическом исследовании отмечалось потеря нормального лобулярного строения печени с развитием фиброза, наличие перегородок, отделяющих и окружающих долек. Отмечена перестройка структур печени с образованием ложных долек, преимущественно мультилобулярного типа. Фиброзные расширения в большинстве случаев поражали портальные тракты с развитием выраженных септ порто-портальных и порто-центральных зон, отмечались широкие фиброзные септы, мелкие портальные тракты, избыточное число центральных вен в мультилобулярных дольках, нарушение ангиоархитектоники долек и желчных капилляров, обструкция желчных протоков фиброзной тканью, периферический холестаз, пролиферация билиарного эпителия, воспалительный инфильтрат вокруг портальных



трактов, гидропическая и жировая дистрофия гепатоцитов, очаги мультилобулярного и ступенчатого некроза, что соответствовало циррозу печени.

Результаты обследования второй группы показали, что при первой степени НАЖБП (15 больных) показатель 2D SWE составил в среднем 4,7 (4,5-5,9) кПа, а скорость сдвиговой волны $0,82 \pm 0,2$ м/с. При морфологическом исследовании печени у этой группы выявлена слабая жировая дистрофия печени, ткань органа имела разную степень жировых-дистрофических изменений на общем фоне. Отмечалась различная степень венозного застоя в синусоидальных полостях с наличием гепатоцитов разного размера, клетки были гиперхромные, слева по периферии выявлялись мелкие извитые жировые дистрофические гепатоциты, а в центре гепатоциты с гидропической дистрофией и светлой цитоплазмой. Отмечались очаги пролиферации клеток Купфера.

При второй степени жировой болезни печени (20 больных) средние показатели эластометрии составили 6,9 (6,3-7,9) кПа, а скорость сдвиговой волны увеличилась до $1,1 \pm 0,2$ м/с. У пациентов этой группы морфологическое исследование показало, венозное полнокривие в центральных венах. Отмечалась пролиферация окрашенных базофильных клеток Купфера. В гепатоцитах формировались умеренно и крупнокапельная жировая дистрофия. Синусоидальные пространства были сужены, в цитоплазме гепатоцитов формировалась гидропическая дистрофия.

У 5 больных отмечалось третья степень болезни. При этом эластометрические показатели составили в среднем 8,3 (8,1-13,5) кПа, величина скорости сдвиговой волны достигла $1,5 \pm 0,2$ м/с. В этом случае при морфологическом исследовании биоптата определились гепатоциты с жировой дистрофией в очаге, окруженные скоплением липофагов. Отмечалось пролиферация клеток Купфера. Кровеносные сосуды перипортальной вены имели различную степень развитости полноты.

Совпадение стадии фиброза, определенной по результатам эластометрии с результатами морфологического исследования биоптата печени в первой группе наблюдалось у 40 из 44 обследованных пациентов, а во второй группе у 36 больных из 40. Таким образом суммарная диагностическая точность метода составила 90,4%. ROC-анализ результатов первой группы показал, что диагностическая эффективность метода сдвиговолновой эластографии в определении стадии фиброза (по Metavir) оказалась наиболее оптимальной для F3 - 10,2 кПа (чувствительность - 93%, специфичность - 72%, AUROC $0,885 \pm 0,040$ и диагностическая точность 90%). Данные ROC-анализа второй группы свидетельствовали, что чувствительность, специфичность и диагностическая точность 2D SWE увеличиваются, начиная со второй степени НАЖБП (чувствительность - 93%, специфичность - 75% AUROC $0,999 \pm 0,075$ и диагностическая точность - 94%).

Выводы. Мультисегментарная ультразвуковая эластометрия в режиме 2D SWE позволяет повысить точность дифференциальной диагностики заболеваний печени. Роль 2D SWE при хронических диффузных заболеваниях печени заключается в том, что она не инвазивная, высокоинформативная и позволяет качественно и количественно анализировать упругость/жесткость паренхимы печени при различных



ХДЗП. Способ ультразвуковой эластометрии позволяет получить новые статистически достоверные критерии эластометрии при различных ХДЗП и позволяет уточнить природу диффузных и очаговых заболеваний печени в случае невозможности проведения биопсии для морфологической верификации диагноза, что в свою очередь улучшает качество жизни пациентов и снижает степень инвазивности данного диагностического этапа.

ПРОЦЕССЫ РЕПАРАЦИИ ДНК КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ТЕСТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ.

Солиев А.К., Линцов А.Е., Шапорова Н.Л., Солиева М.И.

Андижанский государственный медицинский институт, Северо-Западный Государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова - Санкт-Петербург (Российская Федерация), Первый Санкт-Петербургский медицинский университет имени И.П.Павлова - Санкт-Петербург (Российская Федерация).

Актуальность темы: К числу лечебных мероприятий, проводимых на этапе стратегической терапии бронхиальной астмы относится иммунокорректирующая терапия. Исследования последних лет показали существенную роль иммунологических нарушений в патогенезе БА. Учитывая значение нарушений иммунного статуса в развитии и прогрессировании бронхиальной астмы, разработка новых подходов к иммунокоррекции при этом заболевании представляется перспективной и актуальной задачей.

Цель исследования: В связи с этим представляется актуальным поиск ответов на еще не решенные вопросы, связанные с иммуномодулирующей терапией. Поиск новых показателей, отражающих функциональную активность иммунокомпетентных клеток, поможет более детально оценить и прогнозировать эффективность иммунокорректирующей терапии.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач методами регистрации спонтанного внепланового синтеза индуцированного ультрафиолетовым облучением (ИВС) с определением значений индекса стимуляции репарации (ИСП) ДНК обследовано 20 больных бронхиальной астмой. Анализ состояния репарации ДНК в процессе иммуномодулирующей терапии тималином проведено у 20 пациентов бронхиальной астмой (6 мужчин и 14 женщин) в возрасте 16 до 69 лет (средний возраст – 52,4 года).

Результаты исследования: По клиническому эффекту после курса терапии тималином больные были разделены на 2 подгруппы: 1 – пациента с отчетливой положительной динамикой после лечения, 2 – больные с отсутствием отчетливой динамики в течении заболевания. У больных 1 подгруппы (14 человек) начиная с 3-й инъекции отмечалось улучшение самочувствия, уменьшение тяжести приступов бронхоспазма, восстановление чувствительности к бронхолитическим средствам, облегчение



отделения мокроты и уменьшение её количества. Во второй подгруппе (6 человек) особой положительной клинической эффективности и динамики течения БА не обнаружено. Однако при анализе состояния репаративной активности ДНК лимфоцитов перед началом и после завершения курса терапии тималином, обнаружена достоверная динамика уровня индуцированного внепланового синтеза (ИВС до $-6,4 \pm 0,65$ и после курса терапии $-9,7 \pm 1,19$, $P < 0,001$) ДНК и индекса стимуляции репарации (ИСП до $2,1 \pm 0,13$ и после курса терапии $-3,6 \pm 0,34$, $P < 0,001$) ДНК в первой группе больных отчётливой положительной динамикой. По значениям стимулированного внепланового синтеза (СВС - до $-2,9 \pm 0,33$ и после курса терапии $3,0 \pm 0,34$, $P > 0,05$) ДНК достоверных различий до и после проведенного лечения в обеих группах больных не обнаружено.

Вывод: Обнаруженная связь между возрастом в лимфоцитах больных величин индуцированного внепланового синтеза и индекса стимуляции репарации ДНК последующей клинической эффективностью данного вида терапии указывает на прогностическую ценность анализа интенсивности репарации ДНК при определении показателей к оценке эффективности терапии тималином.

ИССЛЕДОВАНИЕ СИНТЕЗА РЕПАРАЦИИ ДНК В ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РАЗЛИЧНОГО ФЕНОТИПА И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.

Солиев А. К., Линцов А. Е., Трофимов В. И.

Андижанский государственный медицинский институт, Северо-Западный Государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова - Санкт-Петербург (Российская Федерация), Первый Санкт-Петербургский медицинский университет имени И.П.Павлова - Санкт-Петербург (Российская Федерация)

Актуальность темы: Процессы репарации ДНК обеспечивает постоянство цитогенетического гомеостаза клеток, стабильность клеточных компонентов, согласованность функционирования иммунокомпотентных клеток в ходе жизнедеятельности. Учитывая вышеуказанные **Актуальность** и неизученность репаративного синтеза ДНК у больных бронхиальной астмой с различными клиничко патогенетическими вариантами с учетом тяжести течения болезни представлялся весьма перспективным методом исследования.

Цель исследования: Сообщалось о повышении уровня цитогенетических изменений в клетках больных астмой. Предполагается, что цитогенетическая нестабильность связана с изменениями репарационной способности ДНК. В данном исследовании мы ставили своей **Целью** оценить значения синтеза репарации ДНК у больных астмой с различными фенотипами и степенью тяжести заболевания.



Материалы и методы исследования: Спонтанный и УФ-индуцированный внеплановый синтез ДНК (ИВС) в лимфоцитах периферической крови оценивали у 58 (33 аллергических и 25 неаллергических) больных астмой в возрасте 16-70 лет. Контрольную группу составили 15 здоровых испытуемых. Значения ИВС измеряли как количество клеток с синтезом репарации ДНК на 100 клеток. Индекс стимуляции (ИС) репарации ДНК определяли как отношение УФ-индуцированных к спонтанным значениям СВС.

Результаты исследования: Уровни спонтанного СВС в лимфоцитах больных астмой ($2,9 \pm 0,20\%$) оказались достоверно ($P < 0,02$) выше, чем у здоровых лиц контрольной группы ($1,90 \pm 0,30\%$), а значения ИС оказались достоверно ($P < 0,001$) ниже у больных по сравнению со здоровыми лицами ($2,4 \pm 0,14$ и $4,4 \pm 0,51$ соответственно). Установлено, что уровень УФ-индуцированного ИВС у неаллергических астматиков ($5,6 \pm 0,56\%$) достоверно ($P < 0,05$) ниже, чем у аллергиков ($7,2 \pm 0,58\%$). Значения спонтанного СВС не различались ($P > 0,05$) у пациентов с различными фенотипами. Установлено, что частота спонтанных СВС ($3,8 \pm 0,44\%$ и $2,4 \pm 0,26\%$ соответственно) достоверно ($P < 0,01$) выше, а значения ИС ($1,9 \pm 0,21$ и $3,6 \pm 0,38$ соответственно) достоверно ниже ($P < 0,001$) у больных тяжелой бронхиальной астмой, чем у лиц с легкой и средней степенью тяжести.

Вывод: Полученные данные свидетельствуют о том, что интенсивность синтеза репарации ДНК значительно изменяется в лимфоцитах больных астмой по сравнению со здоровыми лицами и зависит от фенотипа и тяжести астмы.

МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Солиев Д.М., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Проблема подросткового алкоголизма требует особого внимания, что обуславливает необходимость профилактической работы с подростками, направленной на профилактику причин и последствий алкоголизма; организацию свободного времени подростков, поскольку бессодержательный досуг является ведущим фактором риска в развитии злоупотребления подростком алкоголя; формирование у подростка твердых антиалкогольных убеждений: о необходимости трезвого образа жизни, о недопустимости употребления алкоголя в период формирования организма, о безнравственности пьянства и алкоголизма, о формировании антисоциальной личности подростка злоупотребляющего алкоголем.

Цель исследования. Заключается в выявлении эффективности комплекса занятий по профилактике алкогольной зависимости в подростковом возрасте.



Материалы и методы исследования. Объект исследования: алкогольная зависимость в подростковом возрасте. Предмет исследования: процесс профилактики алкогольной зависимости в подростковом возрасте.

Результаты исследования. На основе рассмотренных нами подходов (в отечественной и зарубежной педагогической практике) сложились собственные модели профилактики употребления психоактивных веществ, в том числе и алкоголя, разработаны многочисленные профилактические программы.

Анализ результатов опроса показал, что большинство учащихся (76,5%) не считают употребление своими одноклассниками алкоголя негативным проявлением, 55,7 % заявили, что систематическое употребление спиртных напитков не является основанием для прекращения дружбы, и лишь 13,4 % считают для себя неприемлемым дружеское общение со сверстниками, употребляющими алкоголь

При этом **Результаты** опроса родителей показывают, что при общей озабоченности родителей проблемой употребления несовершеннолетними алкоголя отмечается их недостаточная осведомленность о вовлеченности в эту проблему собственного ребенка, а также неадекватное ситуации осознание роли семьи в процессе предотвращения ранней алкоголизации подрастающего поколения

Проанализировав существующие определения профилактики, в своем исследовании под профилактикой алкоголизма среди подростков мы понимаем процесс целенаправленного воздействия на личность, направленный на формирование системы ценностей, взглядов и установок, препятствующих алкоголизации подростка/

Индивидуализация как принцип педагогической деятельности позволяет эффективно вскрыть и потенциальные возможности детей риска адаптационные нарушения в развитии, выявить их «позитивные» стороны, на которые можно опираться в ходе воспитательно-образовательной работы. Ведь неблагополучие биологических и социальных предпосылок в развитии в определенной - и значительной - степени может быть сглажено, нивелировано при создании соответствующих педагогических условий

Поэтому на первом этапе опытно-экспериментальной работы -исследования психологических особенностей личности и социального взаимодействия подростков мы использовали методику А Н Орла по определению склонности к отклоняющемуся поведению (СОП), а также метод личностных конструктов Дж Келли

Исследование половых различий показало, что у женской части подвыборки выявлен более высокий балл (40,0 балла) по шкале «склонность к аддиктивному поведению», чем у мужской (42,6 балла) Это свидетельствует о том, что у женского пола социальный контроль поведенческих реакций выше, чем у мужского

Полученные данные по методике Дж Келли позволили сделать **Вывод** о наличии у исследуемой группы подростков установок на употребление алкоголя, склонности связывать алкоголь с удовольствием, радостью, дружеским общением и недооценивать степень его вреда для организма



Полученные в ходе исследования особенностей личности подростков и их социальных установок **Результаты** легли в основу профилактической работы в лагере. Таким образом, динамика полученных результатов свидетельствовала о положительных изменениях по основным выделенным показателям и подтвердила выдвинутую нами гипотезу.

Вывод. Работы состоит в том, что теоретические положения и **Выводы**, разработанные в ходе исследования, доведены до конкретных методических рекомендаций, внедрение которых в практику способствует предотвращению употребления алкоголя подростками; разработанный комплекс занятий по профилактике алкогольной зависимости в подростковом возрасте внедрен в практику работы образовательного учреждения.

Профилактика алкоголизма на уровне семьи включает в себя комплекс мероприятий: организационных, социальных, психолого-педагогических и медицинских. Профилактика алкоголизма на уровне семьи осуществляется за счет использования игровых тренинговых занятий, направленных на совместную творческую деятельность.

СЕМЕЙНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПРИ НАРКОМАНИЯХ ГИПНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Солиев Д.М., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема наркомании является одной из самых актуальных проблем современной наркологии, психиатрии и всей медицины в целом, но и всего общества. Одной из главных причин наркотизации подростка является семейная психологическая атмосфера, характер межличностных отношений членов семьи, их индивидуальные психологические особенности, частые конфликты в семье, алкоголизация и наркотизация родителей.

Цель исследования. **Целью** нашей работы явилось изучение психологических факторов в развитии наркомании, обследование проводилось клинико-катамнестическими и экспериментально-психологическими методами.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами было обследовано 76 больных, состоящих на учёте с диагнозом «героиновая наркомания» и «анашакурения». Из них выявлено 50 больных, у которых в преморбиде прослеживается зависимость от типа акцентуации.

Результаты исследования. Выявлены следующие типы акцентуации: неустойчивый – у 17 (34,0%), эпилептоидный – у 12 (24,4%), истероидный – 8 (16,0%), гипертимный – 6 (12,0%), шизоидный – 4 (8,0%), сензитивный 3 (6,0%).



Ведущими характерологическими чертами лиц с неустойчивой акцентуацией являются повышенная раздражительность, возбудимость в сочетании с взрывчатостью, склонность к бурным проявлениям аффектов в ответ на часто незначительные поводы, что проходит красной нитью через всю жизнь таких психопатических личностей, таким лицам характерны злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Главными чертами эпилептоидного типа являются склонность к напряженности инстинктивной сферы, иногда, достигающая аномалий влечений, а также вязкость, тугоподвижность, инертность. Дисфории, длящиеся часами и днями, отличает злобно-тоскливая окраска настроения, накапливающее раздражение, поиск объекта, на котором можно сорвать зло. Гипертимиков отличает повышенное самочувствие, приподнятое настроение, стремление к деятельности, чрезмерная самоуверенность, стремление к лидерству, жажда удовольствий (в том числе приём алкоголя и наркотиков), что нередко служит причиной многочисленных конфликтов.

Огромное значение имеет семья, в которой растет ребенок, воспитание, которое он получает. Именно от воспитания, которое получил ребёнок в семье, зависит каким он вырастет, именно семья способствует тому или иному патохарактерологическому развитию.

Выводы: Из нашего обследования выявлено, что к наркомании наиболее склонны неустойчивый и эпилептоидный типы акцентуации личности движения, очень характерны подергивания отдельных мышц лица, языка.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Солиева М.О.

**Кафедра факультативной педиатрии и неонатологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Хронический гастродуоденит (ХГД) - хроническое заболевание, которое морфологически характеризуется воспалительными и дистрофическими процессами в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки с формированием секреторных и моторно-эвакуаторных нарушений.

Организация диспансеризации детей с ХГД должна проводиться с учетом частой сопряженности данной патологии с различными заболеваниями органов пищеварения, что диктует необходимость формирования индивидуальных схем наблюдения и противорецидивной терапии у каждого больного

На протяжении многих лет превалирующее развитие дорогостоящей стационарной помощи, требующей повышенных затрат на содержание пациента, было основным направлением в отечественном здравоохранении.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Проведенный анализ доступной нам отечественной и иностранной литературы показал, что успех любого научного исследования зависит от продуманности методических подходов, четкости определения объекта наблюдения, адекватности математико-статистического аппарата. Только при соблюдении этих условий может быть оценена медицинская, социальная и экономическая эффективность лечения больных хроническим гастродуоденитом у детей в условиях дневного стационара.

Цель исследования. Изучить эффективность диспансерного наблюдения подростков, страдающих язвенной болезнью и хроническим гастродуоденитом в условиях поликлиники.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 95 подростков в возрасте 15–18 лет. У 54 больных была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 41 — хронический гастродуоденит. Диагнозы были верифицированы по данным инструментальных и лабораторных исследований в условиях стационара.

Результаты исследования. Больные с язвенной болезнью находились на пролонгированном лечении без отрыва от учебы и наблюдались ежемесячно в течение первых 6 мес после выписки из стационара, а затем 1 раз в 2–3 мес до 8–10 раз в год. Больные с хроническим гастродуоденитом получали амбулаторное лечение в течение 3–4 нед ежеквартально.

В условиях поликлиники больные соблюдали диету № 5; получали антацидные препараты, спазмолитики, малые транквилизаторы, травы, минеральные воды, физиопроцедуры. Большое внимание уделяли упорядочению режима питания, труда и отдыха, устранению конфликтов в семье, учебном заведении; проводились беседы о вреде алкоголя и курения.

Для повышения неспецифической резистентности организма использовали общеукрепляющие и закаливающие мероприятия, биогенные стимуляторы. У 79% больных был отмечен положительный эффект. Проведенные контрольные гастрофиброскопические и рентгенологические исследования показали, что у реабилитируемых больных отсутствовали признаки прогрессирования заболевания.

Вывод. Таким образом, наши исследования показали, что эффективность диспансерного наблюдения повышается в тех случаях, когда проводится и социально-биологическая реабилитация. Качество диспансерного наблюдения повышается от возможности устранения агрессивных факторов внешней среды и повышения индивидуальной резистентности организма.



МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Солиева М.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Метаболическая активность микробиоты кишечника изменяется с возрастом ребенка. **Результаты** исследования показывают, что новорожденные дети имеют более высокие показатели активности облигатной аэробной микрофлоры, более низкие показатели активности анаэробных процессов и более высокий уровень суммы кислот в кале.

К концу первого года жизни метаболическая активность аэробной облигатной флоры снижается при тенденции к увеличению анаэробных процессов. Показано влияние на микробиоту кишечника острых респираторных вирусных инфекций у матерей во время беременности, вида родоразрешения, характера вскармливания, применения антибактериальной терапии у детей на первом году жизни.

Цель исследования. Оценка метаболической активности микробиоты кишечника у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено у 121 ребенка первого года жизни. Группу I составили дети от 2 до 30 дней жизни, группу II — дети 1–12 мес жизни.

Результаты исследования. Уровень уксусной кислоты (С2) в кале в целом у всех детей составил $0,794 \pm 0,01$ мг/г: в I группе — $0,839 \pm 0,034$ мг/г, во II группе — $0,779 \pm 0,012$ мг/г. Максимальное значение отмечалось в 3–6 мес — $0,823 \pm 0,028$ мг/г. Выявлены различия в содержании С2 в кале между новорожденными и детьми 6–12 мес ($p = 0,02$), между детьми 3–6 и 6–12 мес ($p = 0,04$). Пропионовая (С3) и масляная (С4) кислоты у всех детей составили $0,126 \pm 0,01$ и $0,079 \pm 0,01$ мг/г соответственно.

Наибольший уровень С3 отмечен в 6–12 мес, наименьшие значения — у детей от 3 до 6 мес. Найдена положительная связь между уровнем С3 и возрастом ($r = 0,27$; $p < 0,05$). Содержание С4 в кале у новорожденных составило $0,046 \pm 0,023$ мг/г, у детей 1–12 мес — $0,091 \pm 0,01$ мг/г ($p = 0,02$); максимальное значение С4 — $0,114 \pm 0,02$ мг/г — отмечалось в 6–12 мес. Выявлена тенденция к увеличению уровня С4 в кале с возрастом. Суммарное содержание кислот в кале составило $6,908 \pm 0,67$ мг/г: в I группе $10,379 \pm 1,87$ мг/г, во II группе — $5,764 \pm 0,61$ мг/г ($p = 0,02$).

Наименьшее суммарное содержание кислот — у детей 3–6 мес ($2,285 \pm 0,05$ мг/г). К 1 году жизни суммарное содержание КЖК уменьшалось ($r = -0,365$; $p < 0,005$). Анаэробный индекс в целом составил $0,319 \pm 0,04$ мг/г, максимальное значение — у детей 6–12 мес, наименьшее — в 3–6 мес.

Вывод. Метаболическая активность микробиоты кишечника изменяется с возрастом ребенка. Маркер облигатной микрофлоры С2 имеет более высокие значения у



новорожденных. Маркер «анаэробизации» — С3 — имеет тенденцию к нарастанию, уровень С4 — достоверное нарастание от периода новорожденности к 1 году жизни.

РОЛЬ ОЦЕНКИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Солиева Р.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хронические неспецифические цервициты (ХНЦ) относятся к таким заболеваниям, которые сами по себе прямой угрозы здоровью женщины не представляют. Однако в нижних отделах полового тракта сохраняются и постоянно накапливаются в высоких концентрациях условно патогенные микроорганизмы, вызывая вагиниты и вагинозы, что в последствие может стать причиной развития гнойно-септических заболеваний органов малого таза, послеоперационных воспалительных осложнений, хориоамнионита, преждевременных родов, послеродового метроэндометрита, а также невынашивания и бесплодия, различных форм дисплазий. Несмотря на существующий прогресс и применение различных новых методов и технологий в практической гинекологии, частота ХНЦ остается на высоком уровне и составляет 30 - 40%, а у нерожавших женщин до 30 лет - от 50% до 90% случаев. Симптоматика ХНЦ, как правило, бывает маловыраженной и очень часто это заболевание протекает бессимптомно, длительно с частыми рецидивами.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения хронических неспецифических цервицитов на основе оценки генетических полиморфизмов.

Материалы и методы исследования. Обследовано 100 женщин, в возрасте 25-49 лет первично обратившиеся в АОПЦ разделенных на 2 подгруппы: 53 обследованных со слабой степенью тяжести и 47 женщин с умеренной степенью тяжести дисплазии МПЭ шейки матки. Контрольную группу составили 105 условно-здоровых женщин.

Результаты исследования. В результате проведенного ассоциативного анализа выявлен значимый вклад полиморфизма 66 A>G гена MTRR в качестве генетических факторов, предрасполагающих повышение риска развития дисплазии МПЭ шейки матки. Выявленные **Результаты** свидетельствуют о наличии статистически значимых различий в распределении частот аллелей полиморфизма 66 A>G гена MTRR в группах пациенток со слабой и умеренной степени тяжести дисплазии МПЭ шейки матки и контрольной выборке.

Полученные данные подтверждают влияние полиморфизма 66 A>G гена MTRR на развития дисплазии МПЭ шейки матки у женщин репродуктивного возраста, который играет важную роль для понимания генетической структуры и механизма формирования эпителиальных поражений шейки матки.



Вывод. Определение мутации ТьЯБ (ген - ТьЯ 6, полиморфизм - 8er249Pro) позволило выявить предрасположенность к нарушению иммунного реагирования, прогнозировать течение заболевания и его исход, а также подобрать индивидуальную схему лечения каждой пациентке в зависимости от ее генотипа. Определение цитокинового профиля пациенток позволяет оценить эффективность терапии и полноту излеченности ХНЦ.

ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Солиева Р.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Морфологические особенности SMILE включают одновременно признаки CIN и AIS. Общим с CIN для SMILE является многоядное строение, с AIS — содержание муцина в клетках. Однако по сравнению с AIS, которой свойственно формирование желез с сохраненной базальной мембраной и наличием глобул с муцином в апикальной части клеток, в SMILE железы не определяются, муцин располагается в виде вакуолей или просветления цитоплазмы на протяжении всего эпителиального пласта и визуализируется даже без применения дополнительной окраски. Также отмечаются атипия ядер клеток, гиперхромазия, митозы; апоптотические тельца встречаются в переменном количестве. При иммуногистохимическом исследовании наблюдаются диффузное окрашивание p16Ink4a и высокий пролиферативный индекс по Ki-67.

Несмотря на вышеизложенное, данные литературы, касающиеся SMILE, ограничены, в российских изданиях упоминаний о таком поражении мы не обнаружили, в практическую работу клинических патологов этот термин не внедрен. В настоящей работе выполнен анализ архивного материала для возможного обнаружения SMILE с последующей его морфологической и иммуногистохимической характеристикой с **Целью** охарактеризовать важность правильной диагностики SMILE как самостоятельного поражения и определить вспомогательные методы для постановки данного диагноза патологом.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения хронических неспецифических цервицитов на основе оценки генетических полиморфизмов.

Материалы и методы исследования. Материалом для настоящего исследования послужили гистологические препараты конусов шейки матки с верифицированным диагнозом CIN3 от 53 женщин, поступивших в АОПЦ.

Результаты исследования. При повторном изучении гистологических препаратов конусов шейки матки у всех 53 женщин была подтверждена CIN3. У 7 женщин на протяжении зоны трансформации, проксимальнее CIN3, также выявлены участки



многослойного интраэпителиального поражения, состоящего из атипических клеток, расположенных менее плотно по сравнению с CIN3, что, вероятно, было обусловлено накоплением внутриплазматического муцина, визуально увеличивающего расстояние между ядрами клеток. Ядра клеток характеризовались легкой атипией и гиперхромностью, небольшое число митозов определялось во всей толщине эпителиального пласта.

Вывод. Определение мутации ТьЯб (ген - ТьЯ 6, полиморфизм - 8ег249Pro) позволило выявить предрасположенность к нарушению иммунного реагирования, прогнозировать течение заболевания и его исход, а также подобрать индивидуальную схему лечения каждой пациентке в зависимости от ее генотипа. Определение цитокинового профиля пациенток позволяет оценить эффективность терапии и полноту излеченности ХНЦ.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Сотволдиева М.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одной из важнейших причин развития неврологических нарушений у детей является гипоксически-ишемическое поражение головного мозга, особенно в период новорожденности. Современная диагностика и терапия нарушений мозгового кровообращения у новорожденных играют решающую роль в предотвращении патологических воздействий на мозг.

Цель исследования. Разработать критерии ранней диагностики гипоксических состояний плода у беременных высокого перинатального риска и на их основе оптимизировать систему лечебно-реабилитационных мероприятий для детей с перинатальным поражением ЦНС.

Материалы и методы исследования. Для достижения цели и поставленных задач нами проведены поэтапные исследования. На первом этапе работы были изучены материалы статистических отчетов лечебно-профилактических учреждений Андижанской области за период 2022 - 2023 г.г.

Результаты исследования. Прогностическими признаками реализации ПП ЦНС у новорожденных и детей первого года жизни является комплекс факторов, действующих в период беременности и родов у матери: гипертоническая болезнь, эндокринные заболевания, анемия; возникновение осложнений в 1 -м триместре, сопровождающиеся кровотечением, во II-м, III-м триместрах - угрозой прерывания беременности и клиническими проявлениями плацентарной недостаточности в сочетании с многоводием. Наиболее высокий риск выявлен нами при развитии осложнений беременности, диагностированных во всех трех триместрах.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Комплексная оценка функционального состояния плода у беременных высокого перинатального риска, включающая исследования гемодинамики в концевых ветвях артерии пуповины, в вене пуповины, венозном протоке плода, средней мозговой артерии позволяет улучшить диагностику гипоксических состояний плода, определить тактику ведения беременности и родов, прогнозировать перинатальные поражения ЦНС у новорожденных. У беременных высокого риска гемодинамические изменения в концевых ветвях артерии пуповины и венозном протоке пропорциональны тяжести гипоксических состояний плода и перинатальным поражениям ЦНС у новорожденных.

Новорожденные, развивающиеся в условиях недостаточности маточно-плацентарно-плодового кровообращения, значительно чаще имеют неврологические нарушения 2-3-й степени, проявляющиеся синдромом угнетения ЦНС, двигательными нарушениями, вегето-висцеральными дисфункциями, судорожным и гипертензионно-гидроцефальным синдромами, а также их сочетанием.

Диагностическими критериями неблагополучия в метаболическом гомеостазе новорожденных с перинатальной патологией являются: содержание глюкозы в 1-9 сутки жизни 1,94-2,87 ммоль/л; содержание ОЛ в плазме крови 2,24- 4,54 г/л; концентрация ГГ 0,76-1,53 ммоль/л; уровень ОХС - 2,18-3,51 ммоль/л. У детей на фоне ПП ЦНС наблюдается повышение продуктов перекисного окисления липидов. О выраженной активации ПОЛ свидетельствует высокий уровень ДК (2,28 мкмоль/л) и МДЛ (20 ммоль/л) в 1-9 сутки жизни новорожденного.

У новорожденных, развивавшихся антенатально в условиях недостаточности маточно-фетоплацентарного кровообращения нарушается нормальный ритм становления церебрального кровотока, что способствует развитию нарушений мозгового кровообращения разной степени тяжести. Определение основных показателей церебральной гемодинамики в раннем неонатальном периоде позволяет выявить перинатальные повреждения ЦНС до появления клинических симптомов заболевания.

Динамическое наблюдение детей с Г1П ЦНС в условиях сочетанной реабилитации с проведением комплекса лечебных и реабилитационных мероприятий, предполагающих медикаментозные и немедикаментозные воздействия, а также строго индивидуальный подход к терапии позволило в 4 раза снизить количество тяжелых и среднетяжелых поражений ЦНС и в 2,3 раза увеличить выздоровление детей на первом году жизни.

Вывод. Лечение детей с гипоксически-ишемическими поражениями не должно носить полипрогмазивный характер. Ранняя защита головного мозга новорожденного и правильно подобранная медикаментозная терапия с учетом проведенных современных нейровизуализирующих методов исследований способствует уменьшению тяжести церебральных последствий и степени инвалидизации детей, перенесших гипоксически-ишемическую энцефалопатию новорожденных.

Профилактика должна включать комплекс мероприятий по антенатальной охране плода, бережному ведению родов, ранней диагностике и рациональному лечению гипоксических, травматических состояний плода и новорожденного.



КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ИШЕМИЮ

Сотволдиева М.Ш..

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время существуют работы, касающиеся изучения влияния перенесенных перинатальных поражений центральной нервной системы (ЦНС) на состояние здоровья детей раннего возраста.

Современные диагностические технологии (эхо-, электроэнцефалография, доплерометрия и др.) доказали свою эффективность для оценки состояния ЦНС человека, в то же время отсутствуют работы по изучению качества жизни, как одного из критериев оценки состояния здоровья детей, перенесших церебральную ишемию (ЦИ).

Традиционные методы обследования дают одностороннее представление о болезни и эффективности лечения, но не позволяют оценить психологическую, социальную дезадаптацию ребенка, его отношение к своему состоянию. Включение оценки КЖ в программу обследования может решить эту проблему, что позволит повысить качество медицинской помощи.

Несмотря на то, что в последние годы в отечественной литературе появляется все больше работ по изучению качества жизни здоровых и больных детей, неизученным остается вопрос состояния КЖ у детей раннего возраста с перинатальной патологией ЦНС.

Все это и обуславливает, на наш взгляд, необходимость изучения влияния церебральной ишемии, как наиболее частой перинатальной патологии ЦНС, на качество жизни детей в восстановительном периоде и оценке эффективности проводимой реабилитационной терапии.

Цель исследования. Оценить состояние здоровья новорожденных детей, перенесших церебральную ишемию и определить ее влияние на показатели качества жизни.

Материалы и методы исследования. Всего проанализировано 154 истории развития новорожденных и 82 истории болезни. Проводился анализ соматического и акушерско-гинекологического анамнеза женщин. Большое внимание уделялось изучению течения беременности, родов, факторам, приводящим к развитию церебральной ишемии у новорожденных детей.

Клиническое обследование включало оценку соматического статуса детей. Оценка неврологического статуса проводилась с привлечением специалиста -невролога.

Результаты исследования. Ведущими факторами риска развития церебральной ишемии средней степени тяжести являются: первая беременность или первые роды, для недоношенных новорожденных - проживание в сельской местности, пассивное курение беременной, профессиональные вредности, не зарегистрированный брак, безработица, нефропатия П-Ш степени и операция кесарево сечение; для



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



доношенных новорожденных - длительный безводный период, затяжные роды и изменения характера околоплодных вод, низкий образовательный уровень родителей.

Клинические проявления церебральной ишемии при рождении, зависят как от тяжести ЦИ, так и от гестационного возраста новорожденных детей: у недоношенных с ЦИ средней степени тяжести - это генерализованный цианоз, отечный синдром, мышечная гипотония, синдром угнетения, у доношенных - точечные петехиальные кровоизлияния в кожу предлежащей части и кровоизлияния в склеры, синдром возбуждения.

Основными нозологическими формами последствий церебральной ишемии средней степени тяжести к концу первого года жизни у доношенных детей является синдром гиперактивного поведения и гипервозбудимости ($p < 0,05$), а у детей с малым гестационным возрастом при рождении - нарушение (задержка) моторного развития ($p < 0,05$).

Для доношенных новорожденных, перенесших церебральную ишемию легкой степени тяжести, на фоне отсутствия реабилитационных мероприятий, к 9 месяцам жизни характерно увеличение частоты синдрома гиперактивного поведения и гипервозбудимости ($p < 0,05$), а также снижение качества жизни по аспекту «Способность оставаться одному» ($p < 0,05$).

Существует корреляционная зависимость качества жизни детей от возраста: чем младше ребенок, тем ниже его качество жизни независимо от состояния здоровья ($r = 0,33$, $p = 0,001$). По ответам родителей и педиатров в 3 месяца качество жизни детей, перенесших церебральную ишемию, независимо от степени тяжести и гестационного возраста ниже, чем у здоровых детей.

На качестве жизни детей младенческого возраста, перенесших церебральную ишемию легкой и средней степени тяжести в большей степени отражаются эмоциональный и социальный аспекты здоровья («Поведение и общение», «Способность оставаться одному»), что требует проведения поддерживающей метаболической терапии с соответствующей психолого-педагогической коррекцией. В меньшей степени страдает аспект «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье».

Значительное влияние на качество жизни детей в течение всего раннего и позднего восстановительного периодов оказывают гестационный возраст и степень тяжести церебральной ишемии. Однако, на фоне своевременных и достаточных реабилитационных мероприятий, к концу первого года жизни, качество жизни этих детей не отличается от качества жизни здоровых сверстников.

Применение препарата Ь-карнитина (Элькар) в комплексном лечении детей, перенесших церебральную ишемию, : оказывает положительное влияние на динамику параметров качества жизни по общему баллу и шкалам «Поведение и общение» и «Способность оставаться одному», что требует повторных курсов в 3 и 9 месяцев.

Вывод. На основе проведенных исследований у детей, перенесших церебральную ишемию, получены новые возможности использования результатов работы для оценки состояния здоровья, качества жизни и эффективности лечебно-реабилитационных



мероприятий. Выявленные в ходе исследования особенности качества жизни детей, позволяют усовершенствовать методику оценки состояния здоровья детей, что в конечном итоге помогает повысить качество оказания медицинской помощи детям.

КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Султанова Л.Р., Юсупалиева Г.А., Абзалова М.Я., Толипова С.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Патология органов мочевой системы относится к одной из важнейших проблем медицинской науки и практики и в структуре заболеваемости у детей и занимает одно из ведущих мест. Внедрение доплерографии позволило расширить возможности ультразвуковой диагностики и перейти от анализа структурных изменений паренхимы почек к изучению функционального компонента - характеристики почечного кровотока в связи с перечисленными, данное исследование является актуальным, своевременными, социально значимым.

Цель исследования. Оптимизация диагностики гломерулонефрита у детей путём применения комплексных ультразвуковых исследований.

Материал и методы. В основу настоящей работы положены **Результаты** комплексных ультразвуковых исследований 60 детей с гломерулонефритом. Исследования проводились в клинике ТашПМИ с помощью ультразвуковых диагностических аппаратов «Sonoscape S22», «Aplio 500» с использованием конвексных датчиков 3,5-5,0 МГц.

Результаты исследования. Ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяет определить топик и размеры почек, эхогенность паренхимы, нарушение кортико-медуллярной дифференциации (при склерозировании ткани почек). Исследования проводится продольно, поперечно почки сзади кпереди и сверху вниз. В режиме цветового доплеровского картирования и энергетического доплера определяется диаметр сосудов, выявляются добавочные и aberrантные артерии, уточняется положение внутрпочечных сосудов, оценивается степень васкуляризации почечной паренхимы. В режиме импульсного доплера оцениваются качественные характеристики доплеровского спектра и скоростные показатели кровотока, индексы периферического сопротивления. Наиболее выраженные изменения ультразвуковой картины наблюдаются при наличии нефротического синдрома: Значительное увеличение размеров почки, повышение индекса резистентности, выраженное утолщение паренхимы (обычно более 2,2 см.), утолщение коркового слоя, особенно столбов с повышением его эхогенности, увеличение пирамид, принимающих треугольную форму, повышение кортико-медуллярной дифференциации, сдавление почечного синуса, выраженная задержка



жидкости проявляется наличием жидкости в плевральных полостях, полости перикарда, асцитом, повышением минутного объема кровообращения, периренальным выпотом.

Вывод. Ультразвуковая диагностика является методом выбора в диагностике гломерулонефита у детей. В силу своей простоты, доступности, неинвазивности и отсутствия облучения, метод весьма ценный и рекомендуется для широкого использования у детей.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО СХЕМЕ CAF.

**Султонкулова М.К., Жалолов О.К., Джалолова Ф.М., Алиева М.У., Абдумаликова Ш.М.
Андижанский Государственный Медицинский Институт.**

Хотя достигнуто немало успехов в ранней диагностике рака молочной железы, значительное число больных все еще обращаются в клиники с распространенными формами заболевания, которое определяет необходимость разработки эффективных схем химиотерапии, обнадёживающих возможность увеличения продолжительности и качество жизни больных.

В Андижанском филиале РСНПМЦОиР с 2016 по 2020гг в лечении находились 72 больных с III б - IV стадиями РМЖ, которым проводилась полихимиотерапия по схеме CAF (циклофосфан, адриобластин, фторурацил). Среди больных в 27 случаях был установлен неоперабельный РМЖ с метастазами в отдаленные органы, а в 30 случаях метастазы были выявлены до 5 лет после оперативного лечения, у 19 больных в анамнезе ранее принятые курсы полихимиотерапии.

Курс лечения проводился на фоне трансфузионной, гормональной и антиэметиковой терапии с применением антиэстрогенов. При метастатическом поражении костей больные дополнительно получали бисфосфанаты. После проведенных курсов терапии в 28 случаях получена регрессия метастазов в 98%. В 26 случаях достигнуто частичная регрессия, у 13 больных стабилизация и 5 случаях лечения оказалось не эффективным. Средняя продолжительность полной ремиссии у больных получивших полихимиотерапию по схеме CAF составила 20 месяцев, а 3 летняя выживаемость составила 32,8%.

Предложенная нами схема полихимиотерапии РМЖ в запущенных стадиях оказалось эффективным и может быть рекомендовано для лечения больных РМЖ в запущенных стадиях.



ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Султонкулова М.К., Сотволдиев К.Х., Жалолов О.К., Ибрагимова М.С.,
Абдумаликова Ш.М.

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Заболелаемость раком молочной железы в Узбекистане имеет тенденцию нарастания и занимает первое место среди онкологических заболеваний. Внедрение и использование новых методов в лечении больных РМЖ является одним из наиболее злободневных вопросов в онкологии. Поддержание резистентности организма при проведении химиотерапии также является актуальным.

Цель данной работы: Повышение иммунного статуса при неоадьювантной химиотерапии местно распространённого РМЖ в комплексе иммуномодулирующих препаратов растительного происхождения (имбирь, корица китайская, куркума).

Методом лечения больных с III b стадией являлось НПХТ в комбинации применения отвара имбиря, корицы китайской и куркумы (по пол чайной ложки каждой из этих препаратов в 150 мл кипяченной воды, по 50 мл 3 раза в день в течении 10 дней). Этот метод был использован 55 больным с РМЖ. Контрольную группу составила 60 больные с РМЖ без применения отвара. В работе было включено 55 больные исследуемой группы и 60 больные контрольной группы (схемы химиотерапии СМФ, АС, ФАС). Проводились комплексные клинические и лабораторные исследования больных в начале, середине и после применения химиопрепарата. Анализ результатов исследований показало, что в исследуемой группе по окончании ХТ в отличие от контрольной группы отмечалось нормальные цифры лейкоцитов, тромбоцитов и гемоглобина. Трансаминазы АСТ и АЛТ были статистически достоверно повышены в группе которым не назначено отвары (контрольная) по сравнению с исследуемой группой ($p < 0,05$ и появление белка в моче 0,066 г/л). Отмечалось регрессия опухоли до 50% в исследуемой группе, до 10% регрессия опухоли в контрольной группе.

Вывод: Применение отваров специев (имбирь, корица китайская, куркума) приводит к улучшению реактивного состояния организма, повышение иммунитета и улучшение рассасывающего действия химиопрепаратов.

ЙОДОДЕФИЦИТНАЯ СОСТОЯНИЯ С НЦД И ИХ ПРОФИЛАКТИКА У ПОДРОСТКОВ

Султанова Ф.Х, Арзикулов А.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Тиреоидные гормоны обладают широким диапазоном действия. Их роль важна в жизнедеятельности человека любого возраста, но особенно



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



велика роль гормонов щитовидной железы в период внутриутробной и ранней постнатальной жизни. Наиболее важным действием ТГ в детском возрасте является анаболический эффект. В отличие от других анаболических гормонов ТГ не только и даже не столько контролируют линейный рост, сколько регулируют процессы дифференцирования тканей. Именно под влиянием ТГ дети не только растут, но и созревают, взрослеют. В период внутриутробной жизни под контролем ТГ осуществляются процессы эмбриогенеза, дифференцируются и созревают практически все органы и системы.

Цель исследования. Разработать комплекс научно обоснованных медико-социальных мероприятий по снижению напряжённости зобной эндемии в регионе на основе выявления распространённости йододефицитных состояний, оценки здоровья детей и подростков, эффективности различных методов и способов ликвидации йодного дефицита.

Материалы и методы исследования. С 2020 по 2023 г. в Ферганском регионе выявлен рост заболеваемости патологией щитовидной железы на 29%, при этом в г. Андижана - на 22% и в Андижанской области - на 35%. Из них 2/3 приходятся на долю йододефицитных заболеваний, которые среди подростков и детей в значительной мере распространены в Андижанской области, что связано с недостаточным потреблением ими йода (йодированной соли и йодосодержащих продуктов).

Результаты исследования. Функциональные нарушения дыхания при НЦД проявляются по нормо-, гипо- и гиперкапническому типу, сопровождаясь различными жалобами и изменениями паттерна дыхания. В ряде случаев при НЦД отмечается одышка, неукладывающаяся в параметры того или иного типа. Дыхательные расстройства подобного рода могут быть отнесены к недифференцированным формам.

Основным методом в верификации различных типов функциональных нарушений дыхания является капнографическое исследование, включая ППГВ. Метод респираторно-резистивного нагрузочного воздействия менее информативен.

Наибольшие изменения психофизиологического статуса наблюдаются при гипокапническом типе нарушений дыхания в сравнении с нормо- и гиперкапническими.

У больных НЦД с проявлениями дисплазии соединительной ткани в 45% случаев отмечается респираторный синдром, который также протекает с различными типами функциональных нарушений дыхания. Четких взаимоотношений особенностей соединительнотканых дисплазий с тем или иным типом дыхания не установлено.

Использование Наймигенского вопросника может служить скрининг-тестом в выявлении гипокапнических нарушений газообмена.

Вывод. В заключение следует отметить, что основной причиной формирования зоба является дефицит йода в окружающей природной среде. В связи с этим в регионах зобной эндемии необходимо в первую очередь определить наличие и тяжесть йодной недостаточности (исследуется медиана йодурии) и приступить к организации массовой и групповой йодной профилактики. Каждый человек,



проживающий в подобном регионе, должен знать о необходимости употреблять только йодированную соль, а люди, входящие в группу повышенного риска по йоддефицитным заболеваниям, должны ежедневно употреблять йодсодержащие препараты.

Таким образом, установление роли химических элементов в развитие ЙДЗ должно лежать в основе разработки профилактических рекомендаций, так как, не учитывая значения токсического фактора, мы не получаем положительных эффектов при внедрении йодной профилактики, а приоритет в комплексе профилактических мер должен принадлежать коррекции экологически обусловленных изменений здоровья.

ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВОДЫ, ОБОГАЩЕННОЙ МОЛЕКУЛЯРНЫМ ВОДОРОДОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

Сундеев А.С.1, Глухов А.А.2, Андреев А.А. 2

1Липецкая областная клиническая больница, Липецк, Россия.

2Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко, Воронеж, Россия.

Аннотация. В данном исследовании изучены **Результаты** профилактики послеоперационной спаечной болезни в эксперименте путем применения ирригационной и гидропрессивно-дисперсной обработки брюшной полости водой, обогащенной молекулярным водородом (BOMB). Исследование выполнено на крысах линии Wistar массой тела 220–300 г, которым предварительно был смоделирован спаечный процесс брюшной полости. Установлено, что в группе животных, получавших обработку BOMB, в 60% случаев отмечается регресс спаек. При морфологическом исследовании в группах, получавших обработку брюшной полости BOMB, выявлена меньшая зрелость, отсутствие васкуляризации спаек, тенденция к их регрессу в отличие от контрольной группы. Применение гидропрессивно-дисперсного метода обработки брюшной полости позволяет в 60% случаев добиться регресса спаечного процесса на 7 сутки эксперимента.

Ключевые слова: спаечная болезнь; спаечная кишечная непроходимость; вода, обогащенная молекулярным водородом; BOMB; профилактика спаечной болезни брюшной полости.

Актуальность. Послеоперационная спаечная болезнь (ПСБ) является наиболее частым осложнением оперативных вмешательств на органах брюшной полости и встречается в 63-97% случаев после оперативных вмешательств, что указывает на **Актуальность** разработки новых способов ее профилактики [1].

Цель исследования – улучшение результатов профилактики послеоперационной спаечной болезни путем применения гидропрессивно-дисперсной обработки брюшной полости водой, обогащенной молекулярным водородом (BOMB).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Материалы и методы. Исследование проведено на 80 белых половозрелых крысах самцах линии Wistar массой тела 220–300 г, которым был смоделирован спаечный процесс брюшной полости. Животные были разделены на четыре группы по 24 крысы. В 1-й контрольной группе проводилась релапаротомия без лечения спаечной болезни. Во 2-й контрольной – релапаротомия, гидропрессивно-дисперсная обработка брюшной полости 5 мл стерильной дистиллированной воды. В 1-й и 2-й опытных группах – релапаротомия, ирригационная и гидропрессивно-дисперсная обработка брюшной полости 5 мл воды, обогащенной молекулярным водородом (BOMB), соответственно. Выведение крыс из эксперимента производилось на 1, 3, 5, 7-е сутки после моделирования спаечной болезни.

Для обогащения молекулярным водородом использовался аппарат «Aquila blue MEN-1500». Ирригационная обработка производилась из 20 мл одноразового стерильного шприца. Гидропрессивно-дисперсная обработка – с использованием устройства для гидропрессивной обработки ран (УГО-01, Воронеж).

В ходе проведения исследования использовались клинические (степень выраженности спаечного процесса по шкалам визуальной оценки по Блинниковой О.И. и соавт., 1993; по Y.D. Zhang и соавт., 2002), морфологические (окраска гематоксилин-эозином, Пикро-Маллори, Гимзе), статистические (обработка производилась стандартными методами оценки: расчет моды, медианы, среднего значения, ошибки среднего, стандартного отклонения, дисперсии. Для сравнения результатов в различных группах производились расчеты U-критерия Манна-Уитни, T-критерия Стюдента, в зависимости от типа распределения).

Результаты. При изучении динамики средней массы крыс к 7-м суткам было отмечено, что в 1-й контрольной группе отмечался отрицательный прирост массы тела – 5,08%, во 2-й опытной группе, отмечалось увеличение массы тела животных – на +2,08%.

При анализе визуальной оценки спаечного процесса в 1-й контрольной группе к седьмым суткам доля распространенного спаечного (III, IV ст.) процесса составила 80%, доля локального спаечного процесса (I, II ст.) – 20%. Во 2-й опытной группе крыс с распространённым спаечным процессом не было, доля крыс с локальным спаечным процессом была равна 40%, без спаечного процесса – 60%.

Исходя из результатов оценки характера спаечного процесса в динамике, у крыс во 2-й опытной группе к 7 суткам исследования отмечается регресс спаечного процесса в 60% случаев, а также отмечается истончение, уменьшение плотности, легкость при разделении спаек. В 1-й контрольной группе к 7 суткам доля крыс с плотными, васкуляризированными спайками, которые возможно разделить лишь острым путем составляла 100%.

При морфологическом исследовании во 2-й опытной группе к 7-м суткам в спайках преобладали расположенные разнонаправленно тонкие коллагеновые волокна, эластические волокна не наблюдались, отсутствовала васкуляризация, что свидетельствует о незрелости спаек и их способности к регрессии [2]. В 1-й контрольной группе, отмечается наличие однонаправленных коллагеновых волокон, образующих



непрерывный слой. Таким образом доказано, что даже при наличии спаек на десятки сутки во второй опытной группе, они являются не организованными и способны к самостоятельному регрессу.

Выводы. Разработанный способ моделирования спаечной болезни брюшной полости позволяет в 100% случаев достичь устойчивого спаечного процесса. Гидропрессивно-дисперсный метод применения ВОМВ позволяет избежать развития распространенного спаечного процесса, в 80% случаев методика позволяет добиться регресса спаечного процесса к 7 суткам.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРКУТАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

СУПХОНОВ У.У., Эранов Ш.Н.

Кафедра травматологии и ортопедии СамГМУ

Актуальность. Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости (ЮЭГБК) — это сравнительно редкое и своеобразное заболевание, встречающееся преимущественно в юношеском возрасте, представляющее собой скрытое или острое смещение либо даже полное отделение эпифиза на уровне ростковой пластинки. Заболевание встречается с частотой 4-5 случаев на 100 000 населения, а пациенты с ЮЭГБК составляют 0,5—5% количества детей с ортопедической патологией.

Цель исследования: изучить **Результаты** перкутанного остеосинтеза при юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости у детей.

Материал и методы: под нашим наблюдением находились на лечении 20 больных детей (ЮЭГБК), за период 2020-2022 годы. По возрасту больных распределяли следующим образом: до 12 лет – 2 больных, 12-14 лет – 14 больных, старше 14 лет – 4 больных; по полу – 18 мальчиков и 2 девочки. По течению болезни у 10 больных наблюдалось острое и у 10 больных хроническое течение. Срок давности болезни от 2 до 5 лет. Для установления диагноза проводили рентгенографию тазобедренного сустава в прямой проекции и по Лауэнштейну, МСКТ исследования, определили степень смещения в градусах. По степени смещения головки бедра от шейки бедренной кости наши больные распределялись на 3 группы: 1- группа – легкая 10 больных, у которых имелось угловое смещение на 10-150; 2 - группа средняя степень тяжести, у 6 больных со смещением на 15-200 и 3 - группа больных, у которых мы выявили угловое смещение более 200 – это тяжелая степень смещения, которое определялось у 4 больных. У большинства детей, при тщательном расспросе удалось выяснить в анамнезе наличие травмы в виде ушиба; насильственное чрезмерное движение в суставе сгибательного, разгибательного отводящего характера в тазобедренном суставе. Под общим обезболиванием, соблюдая правила асептики спицы от латеральной поверхности проксимального конца бедра



направляется в шейку и головки бедра. Следует учитывать антеторсии шейки и головки вперед на 15-200 по отношению к горизонтальной плоскости. Рентген контроль под ЭОП, или рентгенограммы в 2-х проекциях. Затем проводится 3 спицы. Проверяется движения в тазобедренном суставе для исключения трансартикулярного прохождения спиц. Загнутые концы спиц помещаются под кожу. Гипсовая повязка со сроком до 2 мес.

Результаты лечения и обсуждение. В оценке результатов лечения в ближайшем периоде после лечения (до 6 месяцев) мы изучали правильное взаиморасположение эпифиза – головки бедра и шейки бедра, отсутствие возобновленного смещения эпифиза, наличие признаков костного сращения, отсутствие дистрофических изменений в головке бедренной кости. В более отдаленном периоде изучали длину конечности, формы тазобедренного сустава, движения в нём, осанку больного и характер походки больного. Изучение результатов лечения, которым была применена репозиция на скелетном вытяжении и перкутанный остеосинтез спицами показала эффективность данного метода, у 18 больных получены положительные, хорошие

Результаты. У двух больного наблюдалось ишемическое состояние головки бедра. Еще у одного больного на скелетном вытяжении полное сопоставление эпифиза не было достигнуто, эпифиз сопоставился в допустимых величинах.

Выводы: Метод лечения репозиция ЮЭГБК на скелетном вытяжении и перкутанный остеосинтез обеспечивает лучшие положительные **Результаты** у 88,8% больных. У единичных больных, возможно, расстройства питания головки бедренной кости.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Сурхонов Т.У., Нормурадова Н.М., Абзалова М.Я.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В связи с урбанизацией, развитием транспорта, повышением криминогенности общества, отмечается неуклонный рост травматизма и повышение его тяжести, что представляет одну из значимых медико-социальных проблем, чем и связано увеличение в последние годы частоты повреждений печени. В то же время, в связи с низкой частотой повреждений внутрипеченочных желчных путей вопросы диагностики их осложнений недостаточно хорошо освещены в современной литературе.

Цель исследования. Совершенствование диагностики биллом путем применения современных ультразвуковых технологий.

Материалы и методы исследования. Проанализированы **Результаты** обследования и лечения 36 пациентов с повреждениями внутрипеченочных желчных



протоколов. Исследования проводились на ультразвуковом аппарате «Sonoscape S22» с применением конвексных датчиков 3,5-5,0 МГц.

Результаты исследования. Диагноз биломы у пациентов, которым не производилось дренирование, ставился при выявлении соответствующих сонографических признаков. Билома при УЗИ определялась как однородное анэхогенное объемное образование с четкими неровными контурами, одно -или многокамерное, без кровотока. Для ультразвуковой диагностики также имело значение выявление формирования биломы в области предшествующего ушиба печени или раневого канала в процессе динамического наблюдения. Билиогематома при УЗИ выглядела как объемное образование жидкостного характера с четкими контурами и наличием включений различной эхогенности (сгустки крови), чувствительность метода в выявлении билом и билиогематом составила 100%. Следует подчеркнуть, что у всех пострадавших, которым УЗИ производили в раннем посттравматическом периоде (88,3%), признаки билом и билиогематом были выявлены в течение первых трех недель после травмы печени (в сроки с 5 по 19 сутки, в среднем через 11 дней). У 22 пациентов (36,7 %) отмечалось увеличение размеров билом и билиогематом или отсутствие уменьшения их объема. При комплексном УЗИ печени в 4 наблюдениях выявлены признаки ложной артериальной аневризмы. Данное состояние подтвердилось применением ультразвуковой доплерографии (УЗДГ).

Выводы. Таким образом, проведение динамического УЗИ печени и брюшной полости, с применением УЗДГ сосудов печени в первые три недели посттравматического периода позволяет выявить биломы, билиогематомы, ложные аневризмы, а также контролировать изменение объема, нагноение посттравматических образований.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ ЖИТЕЛЕЙ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА.

Таджибаев Ш.А., Абдурашидов Ф.Ш., Азизов Д.Т.
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность проблемы. Вопросы эпидемиологии, патогенеза и ранней диагностики желчнокаменной болезни всегда привлекали пристальное внимание исследователей. Это, прежде всего, обусловлено тем, что в последние годы наблюдается прогрессирующее увеличение частоты заболеваний органов гепатобиллиарной системы, весьма ограничена своевременная диагностическая помощь населению. В то же время, в отечественной и зарубежной литературе встречается мало работ, посвященных разработке критериев преболезненных (до нозологических) состояний билиарной системы. Прежде всего, совершенно недостаточно исследований популяционного характера, которые крайне важны для планирования мероприятий по профилактике заболеваний билиарной системы. **Результаты** крупных исследований подтверждают,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



что многолетнее пренебрежение принципами профилактической медицины жестоко отразилось на показателях здоровья детей и взрослого населения бывшего Советского Союза, привело к критическому состоянию эпидемиолого-демографической ситуации.

Цель исследования - изучение показателей заболеваемости желчнокаменной болезни в связи с динамикой эпидемиологических условий в отношении ее за 6 летний период и определение мероприятий по профилактике основных заболеваний гепатобиллиарной системы в различных группах жителей Ферганской долины.

Материалы и методы исследования. В качестве объекта эпидисследования были выбраны различные области и группы жителей Ферганской долины Узбекистана, где подобные исследования осуществлялись ранее и приобретен методологический опыт по проведению скринирующих обследований больших контингентов населения.

В основу данного исследования легли данные ретроспективного одномоментного эпидемиологического исследования желчнокаменной болезни среди сельского и городского населения, мужчин и женщин подросткового (14-17 лет), юношеского (18-21 лет) и зрелого возрастов (22-59 лет старше). Для решения выше приведенных задач было проведено десять одномоментных ретроспективных эпидемиологических исследований среди различных популяционных групп – жителей Андижанской, Наманганской и Ферганской области Ферганской долины и по их результатам дана обобщенная оценка эпидусловий и эпидситуации в отношении ЖКБ на популяционном уровне.

Результаты исследования. Анализ результатов статистических показателей болезненности и заболеваемости желчнокаменной болезни в Ферганской долине за период с 1995 по 2000 годы показало, что в 2000 году в лечебные учреждения обратилось 23396,1 пациентов с ЖКБ, что на 6472,4 больше, чем было в 1995 году прирост абсолютных величин болезненности (общей заболеваемости), составил +38,2%. Относительный показатель болезненности по ЖКБ в расчете на 1000 жителей всех возрастов вырос на 30,8%; с 2,6 до 3,4 $P < 0,01$. Увеличилось также количество больных с диагнозом желчнокаменная болезнь, установленным впервые в жизни, характеризующих первичную заболеваемость: в 2000 году их было на 813,4 (на 18,2%) больше чем 6 лет тому назад. Относительный показатель заболеваемости, рассчитанный на 1000 населения Ферганской долины, возрос за это время с 0,7 до 0,8 или на 10,0% ($P < 0,05$).

В целом наблюдается практически однозначный рост показателей как общей, так и первичной заболеваемости желчнокаменной болезни за последние 6 лет: в 1995 году - 2,6 случаев, в 1996 году - 2,1, в 1997 году - 2,8, в 1998 году - 2,9, в 1999 году - 2,6 и в 2000 году - 3,4 случая на 1000 населения. Прирост заболеваемости составил соответственно 0,7; 0,5; 0,8; 1,1; 0,6; 0,8 случаев на 1000 жителей Ферганской долины.

Показатели болезненности желчнокаменной болезни, рассчитанные для различных групп жителей Ферганской долины по период с 1995 по 2000 годы, сложилось следующим образом - имеются отдельные популяционные группы, в которых достаточно стабильно определяются высокие показатели общей заболеваемости (например, популяция среднего и зрелого возраста, женская популяция, популяция горожан). В том же время,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



выделяются 2 группы популяции (подростковый и юношеский), отличающиеся постоянно сравнительно низкими значениями общей заболеваемости желчнокаменной болезни. Практически такие же тенденции отмечаются и в показателях желчнокаменной болезни, рассчитанных для 3 территориально-экономических регионов Ферганской долины в отдельности.

При этом абсолютные величины болезненности (общего числа заболеваний) и относительные показатели (на 1000 населения области) существенно увеличились во всех 3-х областях Ферганской долины.

Общая тенденция - рост относительного показателя за 6 лет превосходил степень увеличения абсолютного количество зарегистрированных больных.

Вывод: Анализ показателей заболеваемости выявил однозначно следующие популяционные закономерности:

Общая заболеваемость населения желчнокаменной болезни неуклонно растет, причем резкий подъем показателя замечен в 2000 году, когда он превысил показатель 6 летней давности на 38,2%.

Наблюдается неуклонный рост первичной заболеваемости: этот показатель за 6 летний период наблюдения возрос на 10%.

Наибольший прирост желчнокаменной болезни отмечается в группе подростков (на 15,9%), у женщин (на 13,5%) и среди взрослого населения (на 13,5%).

В целом среди населения Ферганской долины за 6 летний период наблюдения отмечается значительное ухудшение эпидусловий и эпидситуаций в отношении желчнокаменной болезни. Следовательно, следует обратить особое внимание на необходимость более дифференцированного планирования профилактических мероприятий строго по результатам только специальных эпидемиологических исследований желчнокаменной болезни, что планируется произвести в ближайшее время, в новом временном периоде.

СИМУЛЬТАННЫЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ И ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ: ЭВОЛЮЦИЯ ПРОБЛЕМЫ.

Таджибаев Ш.А., Абдурашидов Ф.Ш., Азизов Д.Т.

Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность проблемы. Прогрессивное развитие промышленного производства, передовых медицинских технологий позволило по-новому взглянуть на проблемы диагностики и лечения заболеваний человеческого организма в целом и определило создание новых методов лечения, основанных, прежде всего на принципе «малоинвазивности», т. е. минимальной травматизации органов и тканей в результате лечения. Наибольшее распространение малоинвазивные методики лечения получили у



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



больных с хроническим холецистолитиазом. Расцвет лапароскопической хирургии приходится на конец 90-х годов, когда в 1986 году в Германии появилась статья E. Muhe, озаглавленная «Die erste Cholecystektomie durch das Laparoskop», то есть «первая ХЭ через лапароскоп». Это была первая публикация, где использован термин «ЛХЭ», хотя сам автор применял технику, отличающуюся от используемой в настоящее время. Это считается стартовой точкой бурного развития лапароскопической методики в общей хирургии. С увеличением числа лапароскопических операций появились в периодической литературе сообщения об одновременных вмешательствах на нескольких органах, под видеолапароскопическим контролем. По данным Александрова Л.С., в 1995 году Всемирной организацией здравоохранения были опубликованы статистические данные, согласно которым у 25-30% больных, подлежащие оперативному лечению в связи с каким-либо заболеванием, выявляются дополнительно одно или несколько заболеваний, требующих хирургического лечения. Эти 25-30% пациентов представляют громадный малоизвестный пласт, многогранное изучение которого и определяет **Актуальность** проблемы.

Цель исследования: Произвести всесторонний анализ, имеющийся литературы за последние годы по проблеме симультанных операций на органах брюшной полости, выявить возможности применения преимуществ эндовидеохирургии в решение проблем симультанных абдоминальных операций.

Материал и методы исследования: Произведен поиск литературы по данной проблеме за последние 5 лет. Сканирование литературы, выполнено используя ключевые слова «сочетанные операции», «комбинированные операции» и «симультанные операции». Выявлено всего 49 источников представляющий определенный интерес. Анализированы вопросы истории, терминологии, классификации, показания и противопоказания, техника исполнения, ближайшие и отдаленные **Результаты.**

Результаты исследования. По данным Д.А.Унаняна, первое упоминание о сочетанной коррекции двух хирургических заболеваний относят к 1735 году, когда Claudius выполнил аппендэктомию и герниопластику одиннадцатилетнему мальчику. К.П.Артыков отметил, что в 1922 году А.В. Вишневский впервые в российской литературе описал одномоментное выполнение нефрэксии с аппендэктомией. В.А.Гольбрайх с соавт., отмечает, что первые сообщения о лапароскопических симультанных операциях появились в начале 90-х годов, в 1993 году R.J.Lanzafame выполнил лапароскопическую холецистэктомию и традиционную герниопластику у двух больных.

Понятие «симультанная операция» было введена в медицинскую литературу M.Reiffersceid в 1971 году и впервые упоминается в его статье «Одновременное вмешательство в брюшной полости: хирургические аспекты», в русскоязычной литературе впервые этот термин использовали Л.И.Хнох и И.Х.Фельтшинер в 1971 году [цит. К.П.Артыков]. По мнению Федорова В.Д. термин «симультанная» происходит от латинского слова «simul»-одновременно, в одно и тоже время, совместно; от французского слова «simultane»-одновременный, одномоментный, англ. «simultaneously»-



одновременно.

Следует отметить, что в англоязычной литературе для обозначения симультанных операций в настоящее время принят термин «combined»-комбинированный [цит. Д.А.Унаняна].

По данным ряда авторов, в настоящее время под симультанными операциями понимают хирургическое вмешательство, проводимое на двух и более органах, по поводу этиологически не связанных между собой заболеваний.

По данным литературы имеются множество классификаций симультанных операций. Так Л.В.Поташев и В.М.Седов делят операции на неожиданные, предполагаемые и заранее планируемые. Lochlein и Pichlmaug предложили классификацию разделив их по степени тяжести. Ряд авторов выделяют симультанные операции на одной и разных анатомических областях, а Ганцев Ш.Х., с соавторами, в пределах одного, двух и трех этажей брюшной полости. К сожалению классификации, с учетом лапароскопического доступа мы не встретили. Всякая симультанная операция, выполняемая традиционно упирается в проблему как широкий оперативный доступ.

Что касается техники исполнения симультанных операций с использованием видеолапароскопии К.П.Артыков отмечает, что многие авторы используют стандартную геометрию портов для каждого вмешательства отдельно, не предавая большого значения удвоению числа проколов брюшной стенки. В таких ситуациях целесообразным является использование «мигрирующего порта». Альтмарк Е.М., отмечает: при определении очередности этапов симультанных операций надо исходить от асептичности операций. Так при сочетании герниопластики с аппендэктомией и патологией органов малого таза предлагают первым этапом выполнить герниопластику.

В настоящее время симультанные операции с использованием видеоэндоскопической техники выполняются в ведущих лечебных учреждениях, но чаще всего публикуются как случаи из практики, конкретные публикации посвященные показаниям и противопоказаниям, технике исполнения, ближайшим и отдаленным результатам скудны. В.А.Гольбрайх с соавт., отмечает, что симультанные лапароскопические операции приводят к улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с сочетанными заболеваниями, избавляет сразу от нескольких заболеваний, устраняет риск повторных вмешательств и наркозов, снижает количество интра- и послеоперационных осложнений позволяет детально визуализировать любой отдел брюшной полости, в 2-3- раза сокращает сроки пребывания больного в стационаре и длительность временной нетрудоспособности, в 3 раза повышает экономическую эффективность лечения; улучшает качество жизни пациента.

Вывод. Таким образом, симультанные операции с использованием в качестве оперативного доступа видеолапароскопию является перспективным направлением современной хирургии. Данное направление требует дополнительных изысканий в плане разработки алгоритмов диагностики, классификации, изучения геометрии оперативных доступов, технического исполнения операций, оценки ближайших и отдаленных результатов.



К ПРОБЛЕМЕ ОЦЕНКИ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

Таджибаев Ш.А., Абдурашидов Ф.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность проблемы. Из множества вариантов оперативного пособия при хирургическом лечении ЖКБ чаще всего, по данным литературы, используют доступы малоинвазивной хирургии: «лапароскопический» и «минилапаротомный» в их различных вариациях. Сравнивая между собой эти, наиболее распространенные в повседневной практике оперативные доступы, мы поставили **Цель** определить их эффективность. В качестве критерия оценки эффективности проведенного лечения Всемирная организация здравоохранения предложила анализировать адекватность лечения, т.е. необходимость достижения приемлемого для больного уровня «качества жизни».

Цель исследования: определить уровень КЖ у больных, перенесших хирургическую коррекцию ЖКБ с использованием малоинвазивных технологий, в отдаленном периоде, выявить эффективность определения уровня КЖ как критерий оценки отдаленных результатов малоинвазивных методик хирургического лечения ЖКБ и ее осложнений.

Материал и методы исследования. Разработана анкета, которая имеет блочную систему вопросов. Вопросы построены с готовыми ответами для удобства работы, каждый блок охватывает определенную сферу жизнедеятельности пациента. Анкета состоит из 37 вопросов, каждый вопрос имеет 5 вариантов ответа, оценка производилась по 5- балльной системе (от 1 до 5). Во вступительной части сформулирована объяснительная часть, где обоснована **Цель** исследования. При анализе анкеты производилась суммарная оценка баллов, число, которое определяло уровень КЖ в каждом конкретном случае. Разработана анкету-вопросник КЖ для здоровых лиц, больных, страдающих ЖКБ и пациентов, перенесших различные виды малоинвазивных оперативных вмешательств по поводу данной патологии. Всего проанализировано 264 анкеты–опросника. Из них 37 - у здоровых лиц в качестве контроля, и 46 - у больных с ЖКБ. Разослано 300 анкет – опросников с учетом группы пациентов, перенесших оперативные вмешательства с использованием различных методик в сроках от 3 до 5 лет. Получен 181 ответ, что составило 60,3% охвата исследуемых.

Таким образом, в первой группе пациенты, перенесшие МЛ по методу клиники – 71 (26,9%), во второй группе пациенты, перенесшие операции лапароскопическим доступом - 110 (41,7%). Группа больных с ЖКБ составила 46 (17,4%). Процентное число контрольной группы составило 14,0, при числе здоровых лиц - 37.



Результаты исследования. Сравнительный анализ данных средних баллов КЖ по исследованным группам с учетом пола показал, что в контрольной группе у лиц женского пола сумма баллов составила $149,2 \pm 1,39$ при общем количестве пациентов 22.

При общем количестве пациентов с ЖКБ – 31, данный показатель был равен $113,8 \pm 2,2$ и $130,4 \pm 1,0$ при общем количестве пациентов 64 в группе, перенесших МЛ по методу клиники. В группе больных, перенесших операцию лапароскопическим доступом, сумма баллов КЖ составила $141,8 \pm 0,8$ при общем числе больных женского пола, равном 98.

Наибольшая сумма баллов КЖ у больных мужского пола оказалась в группе, перенесших лапароскопические вмешательства – $142,5 \pm 2,2$ при $n=12$. Сумма баллов КЖ в контрольной группе у лиц мужского пола составила $152,4 \pm 1,48$ при $n=15$, а у больных с ЖКБ – $111,2 \pm 1,0$ при $n=15$. Сопоставление результатов показывает достоверность различий среди всех сравниваемых групп, кроме групп «МЛ» и «лапароскопия» у мужчин.

Распределение баллов КЖ по группам больных: нами условно выделены 4 группы, в зависимости от суммы полученных баллов.

При этом в I группе (80-100 баллов) оказалось 6 больных с ЖКБ. Тогда как пациенты из групп «МЛ» и «ЛХЭ» в эту категорию не вошли. Пациентов из группы «ЛХЭ» также не было во II группе (101-120 баллов). В этой категории оказалось 33 пациента с ЖКБ и 7 пациентов – с МЛ. В III группе (121-140 баллов) оказались пациенты трех категорий с наибольшим количеством из групп «МЛ» (53) и «ЛХЭ» (47). Необходимо отметить IV группу с наибольшей суммой баллов (141-160 и более), данная группа была представлена 11 пациентами, перенесшими МЛ, и 63 – лапароскопическое вмешательство и соответственно группу контроля.

Среднее количество баллов по сравниваемым группам, независимо от пола больных: наибольшая сумма баллов КЖ в отдаленном периоде после хирургического лечения ЖКБ получена в группах больных, перенесших минилапаротомные и лапароскопические операции – $130,9 \pm 0,9$ и $141,8 \pm 0,8$ баллов соответственно. Полученные данные достоверно отличаются от группы больных с ЖКБ $113,0 \pm 1,5$.

Вывод. Таким образом, определение КЖ пациентов, перенесших малоинвазивные способы оперативных вмешательств по поводу ЖКБ и ее осложнений, является эффективным критерием оценки отдаленных результатов. В отдаленном периоде после операций по поводу ЖКБ имеется зависимость уровня КЖ от вида или варианта использованного оперативного доступа. Анализ показателей суммарного количества баллов, определяющих КЖ пациентов в отдаленном периоде, показал эффективность малоинвазивных методов коррекции ЖКБ для достижения приемлемого для больного уровня КЖ.



ПРОФИЛАТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

Таджибаев Ш.А., Абдурашидов Ф.Ш., Азизов Д.Т.
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность темы. Развитие осложнений гнойно-воспалительного характера приводит к значительному увеличению длительности стационарного лечения, удорожанию стоимости лечения и в ряде случаев представляет реальную угрозу для жизни больного. Исходя из этого, оперативные вмешательства по поводу заболеваний желчного пузыря требуют разработки новых методологических и технических подходов к вопросам профилактики и борьбы с послеоперационными осложнениями, даже если они носят вспомогательный характер.

Цель исследования. Выявить эффективность методики однократной превентивной антибиотикотерапии для профилактики гнойно-воспалительных осложнений после лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. Исследовано 132 пациента. Превалирующее большинство составили больные женского пола – 109 (82,6 %), а мужского – 23 (17,4 %) больных. Возраст больных колебался от 21 до 62 лет, средний возраст составил 43 года. Среди больных у 73 нами констатировано ожирение различной степени, что составило 55,3%.

Методика однократной превентивной антибиотикотерапии: после определения индивидуальной чувствительности для каждого больного в отдельности, антибиотик (1 г. цефазолина) вводится однократно внутривенно за 30 минут до операции. Если оперативное вмешательство проводилось более 2 часов, во время операции дополнительно вводится ½ часть этого же антибиотика. Важно, чтобы предоперационная доза вводилась непосредственно перед операцией (за 30 мин.) так, чтобы во время первого операционного разреза в сыворотке и тканях имелся достаточный уровень антибиотика. Если воздействие инфицирующих организмов вероятно (острые формы холецистита), то цефазолин дополнительно вводится с соответствующими интервалами во время операции, чтобы при необходимости был обеспечен достаточный уровень антибиотика. Учитывая высокие концентрации цефазолина в ткани желчного пузыря и желчи после внутривенного введения, превышающие их уровень в сыворотке, (NCCLS 1984, Italy) нами для превентивной антибиотикотерапии при ЛХЭ был выбран именно этот антибиотик. В послеоперационном периоде антибиотики не применялись.

Все больные в зависимости от применявшейся методики антибиотикотерапии разделены на две сравниваемые группы:

I группа (контроль) – 57 больных (43,2%), применялась традиционная антибиотикотерапия препаратами пенициллинового ряда с интервалом 6 часов в течении 6-7 дней;



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



II группа (основная) – 75 больных (56,8%), применялась разработанная методика однократной превентивной антибиотикотерапии.

Сравнительную оценку течения послеоперационного периода проводили по следующим критериям: частота пульса, температура тела, уровень лейкоцитов в периферической крови, УЗС подпеченочного пространства в динамике, при необходимости рентгеноскопия грудной клетки, динамический контроль состояния пункционных каналов.

Результаты исследования. При анализе динамики пульса до операции и в течение послеоперационного периода отмечалось учащение пульса в первые сутки у больных обеих групп. В первые сутки после операции температура тела была повышенной у больных I группы у 82,5%, во II группе – у 54,7%. На третьи сутки в основной группе у всех больных температура тела нормализовалась, тогда как, в контрольной у 35,1% больных была повышенной и сохранялась таковой на пятые сутки у 21,1% больных.

Изучение динамики количества лейкоцитов в периферической крови показало следующие **Результаты:** лейкоцитоз наблюдался в первые сутки у 85,3% больных I группы и у 62,5% больных II группы. На третьи сутки послеоперационного периода лейкоцитоз отмечен у 47,1% больных контрольной группы и у 14,6% основной. На пятые сутки уровень лейкоцитов у 8,8% больных I группы был повышен, тогда как во II группе отмечали нормальные показатели лейкоцитов в периферической крови.

Динамическое ультразвуковое сканирование «зоны интереса», т.е. картины ложа желчного пузыря в послеоперационном периоде, в обеих группах выявило характерные особенности. В первой группе практически во всех случаях выявляется различное количество в той или иной степени ограниченной жидкости или выраженная инфильтрация тканей. Уже в 1 сутки послеоперационного периода на месте удаленного желчного пузыря отмечается гипозоногенное по отношению к экзогенности ткани печени образование, неправильной формы, с нечеткими границами, с преобладанием нечетко отграниченных гипозоногенных полей. На вторые сутки на месте скопления жидкости появляются признаки ее отграничения. При этом инфильтративные изменения близлежащих тканей незначительны, а прилежащая к ложу желчного пузыря ткань печени отекает на глубину не более 1-1,5 см. На 3-5 сутки в случаях отграниченных скоплений жидкости их краевые элементы становятся менее четкими, утолщаются, а в их внутренней эхоструктуре начинает проступать не выраженная эхогетерогенность. Указанные явления были обусловлены подтеканием желчи у 7 (12,3%) больных первой группы, однако послеоперационный период протекал удовлетворительно. Эти больные предъявляли жалобы на боли в правом подреберье в течение трех суток с гипертермией и лейкоцитозом.

Во второй группе при УЗС ложа желчного пузыря после 1-х суток с момента операции в проекции ее ложа визуализируется относительно эхооднородное образование округлой формы, эхоплотность которого выше эхоплотности прилегающей к ложу паренхимы печени. Его внутренняя эхоструктура определяется беспорядочным чередованием относительно небольших гиперэхогенных полей неправильной формы. Границы



гиперэхогенного образования, находящегося на месте удаленного желчного пузыря, достаточно четкие, и размеры его находятся в прямой зависимости от размеров удаленного желчного пузыря. На 3 сутки образование, находящееся в проекции желчного пузыря, становится более эхогенным. Внутри его начинают определяться выраженные гиперэхогенные включения, расположенные беспорядочно, форма их различная. Это свидетельствует о том, что имеется очаг выраженной жидкой инфильтрации тканей, находящихся в зоне оперативного вмешательства, а не отграниченное жидкое образование. На 5 сутки образование, находящееся на месте желчного пузыря, более эхогенно: среди четко ограниченных гиперэхогенных зон начинают встречаться диффузно расположенные гипоэхогенные включения.

Послеоперационные осложнения в виде нагноения области «умбиликального» прокола диагностированы у 5 (8,8%) больных, подкожная эмфизема – у 4 (7,0%), бронхо-легочные осложнения наблюдались у 7 (12,3%) пациентов. Во второй группе на 75 больных диагностировано 4 (5,3%) случая подкожной эмфиземы в месте прокола брюшной стенки троакарном. Указанные были скорректированы консервативными мероприятиями.

Вывод. Применение методики однократной превентивной антибиотикотерапии при ЛХЭ характеризуется практически отсутствием болевого синдрома в послеоперационном периоде, нормализацией температуры тела и картины крови на третьи сутки после операции. У половины больных в послеоперационном периоде вообще не отмечается повышения температуры тела.

Указанные обстоятельства доказывают преимущества методики однократной превентивной антибиотикотерапии перед традиционными способами профилактики гнойно-воспалительных осложнений при лапароскопической холецистэктомии.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Таджиханова Д.П., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии

Актуальность. Заболевания органов дыхания являются актуальной проблемой в детском возрасте. Наиболее частой причиной внебольничных пневмоний является *Streptococcus pneumoniae* и *Staf.aureus* (20-60%). Несмотря на различную этиопатогенетическую природу, иммунная недостаточность характеризуется рядом общих клинических признаков. Лечение внебольничной пневмонии затяжного течения у детей обязательно должно быть комплексным.



Цель исследования. Изучение показателей иммунной системы у детей с внебольничной пневмонией затяжного течения в динамике лечения препаратом Бронхомунал П и Полиоксидоний.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 102 детей с внебольничной пневмонией затяжного течения дошкольного возраста. В процессе комплексного клинико-функционального обследования детей использовались иммунологические методы исследования. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты. Была проведена оценка состояния иммунной системы у детей с внебольничной пневмонией затяжного течения в динамике лечения Бронхомуналом П и Полиоксидонием. Более выраженный эффект выявлен в отношении CD8⁺-, CD20⁺-клеток, Fag, IgA, IgM, IFN γ ; Полиоксидоний практически нормализовал уровень CD3⁺, CD4⁺, CD16⁺-клеток, IgG, IL-1 β , что в конечном итоге значительно улучшает **Результаты** лечения детей. В гуморальном звене иммунного ответа концентрация сывороточного IgG после иммунокорректирующей терапии увеличилась практически одинаково в обеих группах с включением иммунокоррекции, $p < 0,001$. Содержание IgA имело положительную динамику во всех группах, но более выражена в группе БЛ+Бронхомунал П ($100 \pm 9,7$ мг/% в сравнении с $97 \pm 6,3$ мг/% в группе БЛ+Полиоксидоний против $124 \pm 12,1$ мг% в контрольной группе, $p < 0,01$).

Выводы. У детей с внебольничной пневмонией затяжного течения имеется напряжение клеточного и истощение гуморального иммунитета, снижается фагоцитирующая активность нейтрофилов, а также уровень IL-1 β , IFN γ . Использование Бронхомунала П и Полиоксидония нормализует показатели иммунограммы. Более выраженный эффект Бронхомунала выявлен в отношении CD8⁺-, CD20⁺-клеток, Fag, IgA, IgM, IFN γ ; Полиоксидоний практически нормализовал уровень CD3⁺, CD4⁺, CD16⁺-клеток, IgG, IL-1 β , что в конечном итоге значительно улучшает результаты лечения детей.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Таджиханова Д.П., Шамсиев Ф.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
Педиатрии МЗ РУз

Актуальность. В последние годы накоплены данные, позволяющие правильно подойти к профилактике, диагностике и лечению внебольничной пневмонии (ВП). В то же время ежедневно практическому врачу приходится решать проблемы, связанные с диагностикой, лечением и профилактикой ВП у детей, что и определяет необходимость их тщательного изучения. В связи с этим в настоящее время особое внимание придается



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



профилактике внебольничной пневмонии затяжного течения, особенно среди детей, часто болеющих повторно пневмонией.

Цель исследования. Изучить динамику клинико-лабораторных особенностей внебольничной пневмонии затяжного течения у детей.

Материал и методы. В исследование вошло 96 детей с затяжным течением внебольничной пневмонии дошкольного возраста. При выборе схемы дифференцированной терапии больные ВП затяжного течения были разделены на три группы: I группа – 31 больных с ВП затяжного течения, получавших базисную терапию (контрольная группа); II группа – 33 больных с ВП затяжного течения, получавших на фоне базисного лечения антибиотики (защищенные цефалоспорины III поколения) и Бронхомунал П (по схеме); III группа – 32 больных с ВП затяжного течения, получавших на фоне БТ антибиотика, Бронхомунал П и холекальциферол. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты и обсуждение. При оценке эффективности дифференцированной терапии у больных ВП затяжного течения динамическое изучение концентрации С - реактивного белка в сыворотке крови показало его снижение на 10-е сутки во II и III группах в 2,3 и 4,7 раза по сравнению с данными I группы ($P < 0,01$). Анализ исследований витамина D в сыворотке крови у больных ВП затяжного течения подтвердило, что включение в комплексную терапию бактериального лизата и витамина D наряду с улучшением клинических показателей, оказало выраженное влияние на состояние иммунной системы. Изучение содержания витамина D после проведенного дифференцированного лечения в III группе показало достоверное повышение содержания витамина D до $28,6 \pm 0,7$ нг/мл по отношению к исходным данным ($p < 0,001$), чем показатели I и II группы после лечения ($P < 0,05$).

Результаты цитокинов показало, что во II и III группах уровень ИЛ-1 β был снижен в 1,3 и 1,7 раза по сравнению с данными I группы ($P < 0,01$ и $P < 0,001$ соответственно). Уровень ИЛ-4 в результате лечения достоверно снизился по сравнению с показателями I группы. Уровень ИЛ-8 достоверно снизился по сравнению с показателями I группы ($P < 0,01$ и $P < 0,001$ соответственно). Значение ИЛ-8 снизилось в 1,3 и 1,8 раза по сравнению с данными I группы. Динамика уровня TNF α показал достоверное снижение показателей по сравнению с данными I группы ($P < 0,01$ и $P < 0,001$ соответственно). Концентрация IFN γ в результате лечения достоверно повысился по сравнению с показателями I группы ($P < 0,01$ и $P < 0,001$ соответственно). Значение IFN γ повысилось в 1,2 и 1,4 раза по сравнению с данными I группы.

Закключение. Таким образом, полученные **Результаты** показали, что у детей с затяжным течением внебольничной пневмонией в схеме терапии целесообразно использовать цефалоспорины III поколения в сочетании с иммунокорригирующими препаратами. Рациональное использование антибиотиков предупреждает развитие резистентности, способствует уменьшению продолжительности заболевания и предупреждает развитие осложнений.



МОБИЛЬНАЯ МАММОГРАФИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ташматова Ю.Ж., Мамарасулова Д.З., Султонкулова М.К.

Кафедра онкологии и медицинской радиологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Распространенность этой патологии в мире в 2002 году составляла 266,1 на 100 тысяч жителей, а к 2012 году она составила 100 на 381,2 тысячи жителей. Несмотря на то, что существует множество эффективных методов распознавания патологии молочной железы, сохраняется потребность в ее раннем выявлении, основанном на совершенствовании всех технологий диагностического процесса и поиске новых критериев для повышения информативности приложения мобильного маммографа в диагностике рака молочной железы.

Использование самых современных технологий и разработок позволило нам выйти на принципиально новый уровень в отечественном производстве мобильных медицинских комплексов. Накопленный опыт позволил нам расширить линейку выпускаемых мобильных клиник и поспособствовал увеличению надежности, сроков эксплуатации и качества производимой продукции.

Цель исследования. Целью исследования является изучение роли мобильной маммографии на этапах скрининга в профилактике рака молочной железы.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной задачи мы отобрали 70 женщин с раком молочной железы, которые обратились, и у них мы использовали мобильный маммограф на этапах раннего выявления, профилактики и лечения этого заболевания.

Результаты исследования. В этой работе при обнаружении узлового образования патологии молочной железы оценивались его контуры, внутренняя структура, однородность и акустическая плотность. У всех пациентов были оценены зоны выхода регионарной лимфы. При разных формах мастопатии анатомические изменения разнообразны, но фиброзные тяжи обязательны, неразрывно связаны друг с другом и переходят в окружающие ткани без четких границ.

Увеличение соединительной ткани, атрофические дольки, небольшие кисты с гомогенным эпителием, общие для трех форм. Участки узловой мастопатии не были похожи на узловые образования. Они более или менее отличались контуром, однородной экоструктурой, и никаких деформаций тканей вокруг узловой зоны не наблюдалось. При СДК сосуды имели линейную ориентацию, признаков усиления сосудистого рисунка не было. При высококачественной мобильной маммографии картограмма жесткости опухоли имела зеленую и красно-зеленую палитру, аналогичную окружающей ткани. Кисты изображают образование безэховой однородной жидкости круглой или яйцевидной формы, четкий плавный контур, неотражение от внутреннего состава, боковые акустические тени и повышенный дорсальный сигнал.



Вывод. Таким образом, метод мобильной маммографии как дополнительный высокоинформативный диагностический метод, включающий в себя метод мобильной маммографии, характеризуется высокой информативностью диагностики рака молочной железы.

МОБИЛЬНАЯ МАММОГРАФИЯ НА ЭТАПАХ СКРИНИНГА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ташматова Ю.Ж., Мамарасулова Д.З., Султонкулова М.К.
Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак молочной железы (breast cancer) занимает первое место в структуре онкологических заболеваний и смертности среди женского населения большинства стран мира.

Высокое качество мобильных комплексов, надежность, автономность, комплектация самым современным оборудованием – все это направлено на проведение профилактических мероприятий и выявление заболеваний на ранних стадиях. Эксплуатация мобильных комплексов возможна не только в городах, но и удаленных районах, небольших сельских поселениях. Территориальная удаленность не должна быть препятствием для сохранения женского здоровья.

К таким критериям относятся эластографические критерии, полученные с помощью компрессионной маммографии и эластографии сдвиговой волны, что позволяет объективно описать особенности выявления различных опасных заболеваний различных тканевых образований, в том числе молочных желез.

Цель исследования. Целью исследования является изучение роли мобильной маммографии на этапах скрининга в профилактике рака молочной железы.

Материалы и методы исследования. Методы программы: Помощь на дому. В отличие от противоопухолевого лечения, требующего помещения больного в специализированный стационар, паллиативное лечение предусматривает оказание помощи в основном в домашних условиях.

Консультативная помощь. Предусматривает консультирование больных специалистами, владеющими методикой оказания паллиативной помощи в стационаре и на дому.

Дневные стационары. Организуются для оказания паллиативной помощи одиноким и ограниченным в передвижении больным. Пребывание в дневном стационаре в течение одного дня 2-3 раза в неделю дает возможность больному получить квалифицированную, в том числе и консультативную помощь.



Результаты исследования. В этой работе при обнаружении узлового образования патологии молочной железы оценивались его контуры, внутренняя структура, однородность и акустическая

Увеличение соединительной ткани, атрофические дольки, небольшие кисты с гомогенным эпителием, общие для трех форм. Участки узловой мастопатии не были похожи на узловые образования. Они более или менее отличались контуром, однородной экоструктурой, и никаких деформаций тканей вокруг узловой зоны не наблюдалось. При СДК сосуды имели линейную ориентацию, признаков усиления сосудистого рисунка не было.плотность. У всех пациентов были оценены зоны выхода регионарной лимфы. При разных формах мастопатии анатомические изменения разнообразны, но фиброзные тяжи обязательны, неразрывно связаны друг с другом и переходят в окружающие ткани без четких границ.

При высококачественной мобильной маммографии картограмма жесткости опухоли имела зеленую и красно-зеленую палитру, аналогичную окружающей ткани. Кисты изображают образование безэховой однородной жидкости круглой или яйцевидной формы, четкий плавный контур, неотражение от внутреннего состава, боковые акустические тени и повышенный дорсальный сигнал.

Вывод. Чувствительность метода составила 97,6%, специфичность - 86%, точность - 96,3%. Использование системы Bi-Rads помогает систематизировать тактику динамического обследования и ведения пациенток с различными заболеваниями молочных желез.

ДЕЙСТВИЕ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

**Таштемирова И.М., Саматов Д.А., Мухаммаджонов И.,
Кодирова Г.И., Юсувалиев М.Д.**

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Эндоваскулярные вмешательства открыли новый этап в кардиологии, значительно расширив возможности лечения ИБС. По интенсивности развития коронарное стентирование опередило все предыдущие технологии коронарной ангиопластики. Несмотря на значительный первоначальный успех, широкое внедрение коронарного стентирования в клиническую практику привело не к столь оптимистичным отдаленным результатам, полученным в первых рандомизированных исследованиях. Расширение показаний к коронарному стентированию при осложненных 12 формах коронарного атеросклероза (бифуркационное поражение, хронические окклюзии), при сопутствующей патологии (сахарный диабет) привело к прогрессивному росту коронарных имплантаций стентов в мире и в нашей стране. В пилотных исследованиях оценивалась сравнительная



эффективность стандартных металлических стентов (СМС) и СЛП. Была показана высокая эффективность стентов покрытых сиролимусом в снижении частоты РВС в раннем пост имплантационном периоде. Расширение показаний к эндоваскулярному лечению во многом было обусловлено результатами первых рандомизированных исследований. Этапы и патогенетические механизмы формирования рестеноза при стентировании коронарных артерий. В интервенционной кардиологии на сегодняшний день активно развивается использование стентов, покрытых лекарственными препаратами, которые способны подавлять гиперплазию неоинтимы. Технологии СЛП представляют третий революционный прорыв в интервенционной кардиологии после БА и имплантации СМС. Несмотря на то, что стенты значительно снизили развитие рестеноза по сравнению с БА, они не устранили рестеноз внутри стента, так как гиперплазия неоинтимы осталась основным препятствием на пути к полному излечению. Рестеноз может быть определен как уменьшение окружности просветасосуда на 50% и более после подкожного коронарного вмешательства (в течение 6–12 месяцев). Эти процессы являются общим ответом на практически все формы повреждения нормальных и атеросклеротически измененных артерий. Роль и значение факторов воспалительного ответа в прогностической оценке развития рестеноза коронарных артерий в зависимости от покрытия стента. Коронарная ангиопластика и стентирование приводят к механическому повреждению сосудистой стенки и сопровождаются местной воспалительной реакцией, в которую вовлекаются эндотелиальные, ГМК, тромбоциты, нейтрофилы, моноциты и лимфоциты. Увеличение частоты ЧКВ, а также операций аорто-коронарного шунтирования сопровождается изменением архитектоники коронарного русла и микроциркуляторного кровотока. В связи с этим гемореологические нарушения приобретают особое значение в патогенезе постимплантационных осложнений (рестеноз, тромбоз).

Таким образом, эндоваскулярные технологии в качестве метода устранения внутривентрикулярного рестеноза позволяют получить хорошие непосредственные **Результаты**, но по прошествии определённого периода времени частота повторного рестеноза в зоне вмешательства остаётся на том же уровне, что и после выполнения первичного стентирования. В связи с этим, несомненно, актуальным является дальнейшее совершенствование технологии стентирования, поиск факторов риска развития рестеноза и способов их коррекции. Пациентам с высоким риском развития рестеноза внутри стента (посовокупности клинико-anamnestических, ангиографических, процедуральных, лабораторных данных) следует рекомендовать применение методов терапевтического афереза в раннем постимплантационном периоде (3–5 сутки) после коронарного стентирования.



ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОТВИСЛЫМ ЖИВОТОМ

Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З., Назирхужаев Д.К., Юнусов М.И.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема выбора способа герниопластики остаётся актуальной. В литературе описано более 600 методов оперативных вмешательств, что является бесспорным доказательством отсутствия унифицированного подхода к этой проблеме и неудовлетворённостью результатами хирургического лечения. Особое значение данная проблема имеет в группе пациентов с максимальным риском оперативного лечения, что связано с наличием сопутствующих заболеваний, в частности, ожирения и отвислого живота. Высокая частота послеоперационных осложнений и рецидива заболевания, трудности хирургического лечения этой категории пациентов, значительные экономические затраты на их реабилитацию, обуславливают **Актуальность** и социальную значимость данной проблемы.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения рецидивных, больших и гигантских вентральных грыж живота путем использования альтернативных методов пластики грыжевых ворот в условиях индивидуального подхода к выбору хирургического вмешательства.

Материал и методы. Данное исследование основана на анализе проведенного обследования и хирургического лечения 96 больных с ВГ (послеоперационные вентральные грыжи) в период с 2016 по 2022 гг.

В соответствии с **Целью** исследования больные были разделены на 2 группы. В группу сравнения - 51 (53,1%) пациентов, которым выполнена только традиционная герниопластика (применены натяжная герниопластика по способам Мейо, Сапезко, край в край) и применены стандартные лечебно-диагностические методы. В основную группу включено 45 (46,8%) больных с выполнением разработанных и усовершенствованных методик лечения и коррекции ВГ (при которой синтетический протез размещался в позициях «on lay», «sub lay» и ненатяжными комбинированными способами с использованием синтетических протезов). Из многочисленных способов устранения послеоперационных вентраль-ных грыж в основной группе (45) использовались ненатяжные способы герниопластики.

В наших наблюдениях больных старческого возраста и долгожителей не было. В основном преобладали женщины (64,3% и 35,7%) и существенно преобладала доля больных в возрасте 19-44 лет: 50 (52,1%). Доля больных в возрасте 45-59 лет составила 8 (8,3%) и 17 (17,7%), а в пожилом – 9 (9,3%) и 12 (12,5%), соответственно. Наиболее часто наблюдалось ожирение различной степени - 58 (60,4%), что составило наибольшую часть среди сопутствующих терапевтических заболеваний.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Результаты исследования. Одним из наиболее дискуссионных вопросов остается проблема снижения вероятности развития различных послеоперационных осложнений в группе больных с наибольшим операционным риском. К этой категории относятся прежде всего пациенты с большим дефектом в сочетании с ожирением.

В связи с этим в основной группе пациентов, с ВГ, был проведен специальная предоперационная подготовка с учетом имеющихся нарушений в свертывающей системе крови и функции внешнего дыхания. Данный контингент больных подлежал хирургическому лечению лишь после коррекции сопутствующих заболеваний, снижения массы тела, адаптации к повышенному внутрибрюшному давлению. Моделирование интраабдоминальной гипертензии осуществлялось путем наложения «пояса-бандажа» на переднюю брюшную стенку в лежачем положении больного на спине, по вправлению грыжевого содержимого в брюшную полость.

Создание условий приближенных к послеоперационным синдромам (компресс синдром), позволило определить и своевременно предотвратить возникновение послеоперационных осложнений. При этом выявлены следующие факторы риска развития послеоперационных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде: возраст больного свыше 60 лет, исходная патология ССС и дыхательной системы, грыжи с дефектом более 15 см, натяжная герниопластика.

Следовательно, при выявлении у больных данных факторов проводилась превентивная предоперационная подготовка ССС и дыхательной системы и профилактика повышения внутрибрюшного давления (ВБД) в послеоперационном периоде.

Нами также установлено, что при ВГ значительно нарушается механизм свёртывания крови: свёртывающая активность крови по 3 тестам (времени свёртывания, рекальцификации плазмы, толерантности плазмы к гепарину) значительно нарушается, наблюдается закономерное повышение фибриногена, а также показателей протромбинового комплекса (протромбин, проакцелерин, проконвертин). Отмечается повышение количества кровяных пластинок. При этом, показатели противосвёртывающей системы крови находятся в пределах нормы.

С этой **Целью** в период предоперационной подготовки нами решались следующие задачи:

Комплексная профилактика осложнений проводилась на всех этапах лечения: догоспитальном – компрессионная адаптация, коррекция сопутствующих заболеваний и массы тела, в предоперационном – бесшлаковая диета, подготовка кишечника, на этапе операции – тщательная препаровка тканей, герниопластика с соблюдением принципа прецизионной техники, послеоперационном – профилактика дыхательной недостаточности, пареза кишечника, гнойно-воспалительных и тромбоэмболических осложнений и желудочно-кишечных кровотечений.

В группе сравнения послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством отмечено у 12 (23,5%) больных. Из них эвентрация у 2 (3,9%), что в 1 случае потребовало релапаротомии. Свищ тонкой кишки отмечено у 1 (1,9%) больных, где



в 1 случае проведена релапаротомия. Гематома п/о раны отмечена у 5 (9,8%), некроз подкожно-жировой клетчатки у 1 (1,9%) и парез кишечника с явлениями динамической непроходимости у 3 (5,8%) больных. В основной группе при послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством диагностировано лишь у 2 (4,4%) больных. Из них парез кишечника с явлениями динамической непроходимости у 1 (2,2%) больного, гематома п/о раны отмечена у 1 (2,2%), больных.

Сравнительный анализ показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения частота послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством уменьшилось на 19,1% (с 23,5 до 4,4%), что было обусловлено оптимизацией тактико-технических подходов. Наиболее частым раневым осложнением оказались серомы послеоперационных ран – 7 (13,7%) случаев в группе сравнения. Инфильтраты выявлены у 4 (7,8%) больных, нагноения операционных ран отмечены у 3 (5,8%) больных.

Выводы: Таким образом, анализ результатов проведенных исследований показал высокую эффективность предложенных нами методов лечения больных с ВГ. Разработанные методы позволили сократить общую частоту осложнений и летальности в основной группе по сравнению с контрольной. Сравнительный анализ по всем клиническим параметрам выявил все преимущества предложенных методов пациентов ВГ. При этом, доказана высокая эффективность пердварительной адаптации больных к искусственно созданной гипертензии брюшной полости «пояс-бандаж, для профилактики повышения ВБД в послеоперационном периоде.

ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА КОНКУРЕНЦИЮ АНТИГЕНОВ В ИММУННЫМ ОТВЕТЕ

Тешабоев А.М., Хасанов Н.Ф., Расулов Ф.Х.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Цель работы: Изучение влияние растительных препаратов на конкуренцию антигенов в иммунным ответе.

Материалы и методы исследования. Известно, что при последовательном введении двух антигенов, первый из них подавляет иммунный ответ во второму антигену. Нами, изучено влияние парандина на конкуренцию антигенов на белых мышей. Белых беспородных мышей разделили на 8 групп: 1-я (контроль) – получила только ЭБ в дозе 2x10⁸/мл; 2-я – животные сначала вводили эритроциты лошади (ЭЛ) в дозе 2x10⁹/мл (доминатный антиген), а через 4 дня вводили ЭБ в дозе 2x10⁸/мл (иммунизирующий антиген); 3-я – животные получали одновременно ЭЛ и детоксиома в дозе 0,25 мл/кг, а через 4 суток их иммунизировали ЭБ; 4-я – животные получали ЭЛ, а через 4 суток ЭБ вместе с детоксиомы, 5-я – животные получали одновременно ЭЛ и Настой чая Doctor Ali 1 в дозе 1,5 мл/кг, а через 4 суток их иммунизировали ЭБ; 6-я –



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



животные получали ЭЛ, а через 4 суток ЭБ вместе с настоем чая Doctor Ali 1, 7-я – животные получали одновременно ЭЛ и бальзам Gulzor 17- Doctor Ali 6 “Hepar Neo” в дозе 0,2 мл/кг, а через 4 суток их иммунизировали ЭБ; 8-я – животные получали ЭЛ, а через 4 суток ЭБ вместе с бальзамом Gulzor 17- Doctor Ali 6 “Hepar Neo”. Через 4 дня после иммунизации определяли антителогенез в селезёнке.

Полученные **Результаты** и обсуждения.

Результаты показали, что если мышам за 4 дня до иммунизации ЭБ ввести доминантный антиген (ЭЛ), происходит резкое (в 4,7 раза) подавление иммунного ответа к ЭБ, т.е. доминантный антиген супрессирует иммунологическую реакцию организма на ЭБ. Инъекция мышам бальзам Gulzor 17- Doctor Ali 6 “Hepar Neo” вместе с доминантным антигеном ЭЛ полностью нейтрализует способность последнего подавлять иммунный ответ к ЭБ. У мышей 9 группы уровень АОК в 4,4 раза превышает их уровень 2 группы и достиг контрольного.

Введение Бальзам Гулзор и детоксиомы вместе с доминантным антигеном способствует повышению АОК достоверно в 3,9 раза. В группе получавшие препарата настой чая Doctor Ali 1 уровень АОК повышается в 2,4 раза.

Аналогичная картина обнаружена при введении растительных препаратов вместе с ЭБ. Количество АОК в селезёнке мышей в группах 3-8-10 были в 5, 2; 5,0; 6,0 раза соответственно выше, чем у животных, получавших ЭЛ предварительно.

Следует отметить, что из двух вариантов введения растительных препаратов (с ЭЛ или ЭБ) второй оказался более эффективным.

Установлено, что растительные препараты способны отменять конкуренцию антигенов в иммунном ответе как при введении с доминантным, так с иммунизирующим антигеном.

Число ядродержащих клеток селезёнки у мышей, предварительно получавших ЭЛ, снижается в 1,3 по сравнению с контролем. При получении ЭЛ вместе с бальзамом Gulzor 17- Doctor Ali 6 “Hepar Neo” ЯСКС увеличивается в 2,3 раза; инъекция бальзам Gulzor 17- Doctor Ali 6 “Hepar Neo” вместе с ЭБ увеличивается число ЯСКС в 3,1 раза по сравнению со 2 группой.

Аналогичные **Результаты** получены при **Введении** растительных препаратов достоверно повышает число ЯСКС: (ЭЛ+Бальзам Гулзор)+ЭБ – в 1,9 раза, ЭЛ (ЭБ+Бальзам Гулзор) – в 2,7 раза, (ЭЛ+Детоксиома)+ЭБ – в 1,7 раза и ЭЛ+(ЭБ+Детоксиома) – 1,9 раза.

Заключение. Таким образом, установлена способность растительных препаратов отменять феномен антигенной конкуренции у мышей.



ИННОВАЦИОННАЯ BIOTEХНОЛОГИЯ В МЕДИЦИНЕ

**Тиркашева М.Б., Баратова Р.Ш.
Жиззах политехника институти
Самарканд Давлат Тиббиёт университети**

Биотехнология сегодня стремительно развивается и занимает ведущее место в изобретении новейших продуктов, которые активно используются населением, в частности, знания в сфере данной отрасли широко применяются в медицине при производстве фармакологических препаратов. Последние разработки ученых позволили найти новейшие лекарства, которые позволяют преодолеть тяжелые заболевания. Биотехнологии вполне справедливо можно приравнять к инновационным технологиям. Разработки в данном направлении значительно повышают экономический потенциал не только отдельных стран, но и целой планеты. Биотехнологии тесно переплетаются с биологией, геной инженерией, генетикой. Множественные разработки позволяют максимально изучить способы изменения окружающей человека среды и способствовать их улучшению. Биотехнологии охватывают различные направления, поэтому все изобретения условно поделены на цветовые категории: Зеленая. Один из наиболее востребованных и перспективных направлений. Ученые работают над созданием модифицированных видов растений, которые будут более устойчивыми к воздействию негативных факторов внешней среды. Также производится модификация клеток растений на геномном уровне. В частности, создаются продукты с повышенным содержанием протеина, витаминов, микроэлементов. Употреблении таких продуктов позволит избежать многих заболеваний, которые угрожают человечеству. Красная. Данная отрасль биотехнологий максимально близко граничит с фармакологической отраслью. Применение подобных знаний позволяет изобретать новейшие препараты, с помощью которых удастся противостоять опасным заболеваниям. Однако «красная» биотехнология имеет еще огромные перспективы. Постоянная работа над созданием лекарственных средств позволит избавиться человечеству даже от патологий, которые являются неизлечимыми сегодня. Белая. Данное направление обещает изобретение биотоплива, которое не будет наносить вред окружающей среде. Также она регулирует работу нефтеперерабатывающей промышленности, ученые в данной сфере трудятся в поисках новых пищевых компонентов, которые бы не угрожали здоровью человека. Серая. Деятельность в данной сфере направлена на сохранение первозданной природы, которая постоянно подвергается воздействию негативных факторов, причем наносит эти «удары» именно человек. Синяя. Ее деятельность основана на рациональном использовании морских организмов. Также ученые данного направления работают над созданием сырьевых продуктов, которые бы приносили исключительно пользу окружающей среде и самому человеку. Применение инновационных знаний биотехнологической науки в медицине позволяет разрабатывать уникальные продукты питания, обогащенные



питательными компонентами и очищенные от негативных веществ. К примеру, в области генной инженерии специалисты в данный момент работают над созданием особого сорта злаковых культур с повышенным содержанием протеина. Также при производстве некоторых продуктов успешно применяются знания, которые дают возможность извлекать высокоаллергенные виды белка и увеличивать срок годности. Новым этапом в развитии биотехнологий может стать изобретение продуктов с повышенным содержанием витамина А. Распространение этого вещества среди населения позволит предупредить массовое развитие проблем со зрением и, как следствие, наступление слепоты. За подобными продуктами может крыться будущее населения всей планеты. Благодаря знаниям в области биотехнологии, удастся разработать тысячи эффективных препаратов для лечения сложнейших заболеваний. Это достаточно перспективная наука, за которой стоит будущее населения нашей планеты.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОЛИПОЗНОГО ЭТМОИДИТА

Тожибоев А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. У пациентов с хроническим ХРПЭ отмечалось повышение активности СДГ.

Снижение активности ферментов наблюдается в опухолевых клетках, у детей с менингококковой инфекцией и гнойным менингитом, у пациентов с хроническим гепатитом и циррозом печени, при вазомоторном насморке и остром этмоидите, при хроническом хроническом этмоидите, ларинготрахеите у детей с острым стенозом.

Систематическое изучение активности СДГ у больных с выраженным хроническим этмоидитом в литературе не выявлено, поэтому клинко-цитохимическая оценка ферментативной активности при изучаемой патологии имеет важное значение.

Цель исследования. **Цель** работы-клиническая, функциональная, иммунологическая и цитохимическая оценка комплексного подхода к лечению острого хронического этмоидита с учетом одновременного и последовательного воздействия на различные звенья патогенеза, направленного на улучшение результатов быстрого и длительного лечения.

Материалы и методы исследования. Мы планировали изучить данные в 2020-2023 годах в общей сложности 70 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, проходящих лечение в отделении отоларингологии Андижанской областной клинической больницы (50 основных групп с диагнозом острый хронический этмоидит, 20 контрольная группа по другим патологиям носа и придаточных полостей носа).



Результаты исследования. В группе из 70 больных хроническим рецидивирующим хроническим этмоидитом хроническая ткань у 26% локализовалась в лобных пазухах, у 14% – в верхнечелюстных пазухах, у 57% - изолированно в лобных и других пазухах, у 3% - панетмоидит.

У 26% пациентов эндоскопическая эндоназальная полипотомия с этмоидотомией сочеталась с полипотомией с верхнечелюстной костью, у 11% - с полипотомией с верхнечелюстной костью, у 57% - с этмоидо-и верхнечелюстной костью и у 6% - с полисинузотомией.

У пациентов этой группы комплексная медикаментозная терапия дополнялась внутрисосудистым низкоэнергетическим лазерофорезом. Рецидивирующее лечение через 6 месяцев после операции проводилось у 87% прооперированных пациентов.

Эффективность лечения изучалась у 67% прооперированных пациентов - положительный результат лечения был получен у 78,5% с первичным PRS, 74,5% с повторным PRS и 65% в контрольной группе пациентов, получавших лечение традиционным способом.

Исследование в динамике наблюдения за функциональным состоянием верхних дыхательных путей после операции-выписки из стационара, мукоцилиарного транспорта через 6 и 12 месяцев показало склонность к нормализации заболевания без рецидивов только у прооперированных пациентов через 6 месяцев. Те же данные были получены при изучении pH носовой полости и согревающей функции носа.

Через 1 год после лечения 91,0% в I группе, 76,9% во II группе и 23% в контрольной группе пациентов, 92,8% в I группе, 87,1% во II группе и 22% в контрольной группе отсутствие выделений из носа, микрофлора нормализовалась при посеве мази. отсутствуют 71,4% в группе I, 64,1% во II и 22% в контрольной группе пациентов. Цитологический вид мазков на слизистой оболочке носа вернулся к норме через 1 год у прооперированных пациентов с положительными результатами лечения.

У пациентов с положительными результатами лечения местный иммунитет слизистой оболочки носа нормализуется через 1 год, что проявляется в повышении содержания Ig A. Прогностически значимые показатели общего иммунитета после оперативных вмешательств продолжают снижаться, значительное снижение предоперационных показателей все же выявляется перед выпиской из стационара. У больных с рецидивами хронического этмоидита в среднем вторичный иммунодефицит выявляется через 6 и 12 месяцев после операции, у оперированных с положительными результатами лечения показатели иммунограммы нормализуются.

Лечение рецидива заболевания проводилось у 80% прооперированных пациентов.

В динамике наблюдения в течение 6-12 месяцев рецидив заболевания выявлен у 25% прооперированных больных I группы, у 32%-II группы и у 34% - контрольной группы.

Вывод. Рецидив хронического этмоидита во многом зависит от неадекватного выполнения программы лечения рецидива, поэтому все пациенты, перенесшие операцию, должны находиться под медицинским наблюдением, а при появлении



признаков рецидива заболевания должны быть направлены в специализированные медицинские учреждения.

Современные достижения медицинских технологий-эндоскопическая ринохирургия и местная фармацевтика-всесторонне улучшают **Результаты** лечения, поэтому их целесообразно применять в практике ЛОР-отделений.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ПОЛИПРАГМАЗИИ С ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Тошмаматов Б.Н., Номозов Н.З.

Самаркандский государственный медицинский университет

Цель работы. Она заключается в изучении изменений морфологических и морфометрических показателей стенки слизистой оболочки желудка в условиях полипрагмазии противовоспалительными препаратами.

Материал и методы исследования. Эксперимент проведен в условиях вивария на 180 пятимесячных белых крысах-самцах. Крысы весят 190-230 г. организованный. В начале эксперимента всех половозрелых крыс помещали на карантин на 7 суток, после исключения соматических или инфекционных заболеваний переводили на обычный режим вивария с 2-разовым питанием. Для изучения эффектов полипрагмазии в опытных группах животных использовали следующие противовоспалительные препараты: аспирин (группа нестероидных противовоспалительных препаратов - производные салициловой кислоты); парацетамол (группа нестероидных противовоспалительных средств – производных анилидов); ибупрофен (группа нестероидных противовоспалительных средств – производные пропионовой кислоты); дексаметазон (синтетический глюкокортикостероид); плаквинилсульфат (противовоспалительное, противомаларийное).

Результаты исследование. По результатам исследования определено уменьшение размеров ткани железы. В контрольной группе средний размер железистой ткани в проксимальном отделе желудка составил 2,9х3,25 мм, во 2-й группе -2,8х3,15 мм, в 3-й группе - 2,6х3,08 мм, в группе 4 он был 2,5х3,0 мм и в группе 5 2,2х2,8 мм в группе равно. Размер железистой ткани в телесной части больше, чем железистой ткани в его проксимальной части, в опытных группах размер железистой ткани в телесной части желудка уменьшился следующим образом, то есть средний размер железистая ткань в первой группе 3,36х4,25 мм, во 2-й группе 3,24х4,24 мм, 3-й группе 3,2х4,2 мм, 4-й группе 3,1х4,0 мм и 5-й группе 3,0х3,9 мм организованный. По результатам осмотра обнаружено увеличение расстояния между железистыми тканями. Расстояние между железистой тканью кардиального отдела желудка увеличилось на 17,2% во 2-й группе, 21,4% в 3-й группе, 27,3% в 4-й группе и 37,7% в 5-й группе по сравнению с контрольной группой.



Расстояние между железистой тканью в теле желудка увеличилось на 2,1% во второй группе, на 5% в третьей, на 8,8% в четвертой и на 25,2% в пятой группе соответственно. В пилорическом отделе расстояние между железистыми тканями в контрольной группе в среднем составило $25,46 \pm 0,59$ мм, во второй группе расстояние между железистыми тканями увеличилось до $28,6 \pm 0,65$, в третьей группе $30,3 \pm 0,59$, в четвертой группе $33,1 \pm 0,57$ и увеличилась до $41,6 \pm 0,93$ мм в пятой последней группе.

Выводы. При изучении результатов контрольной группы под микроскопом была получена следующая информация. В период пяти месяцев высота слизистой стенки желудка белых крыс колеблется от 433,9 до 524,3 мкм в области от пищевода до желудка [кардиальный отдел], а в среднем составляет $473,9 \pm 8,32$ мкм; высота слизистого слоя на дне органа варьировала от 442,1 до 529,3 мкм, в среднем составила $509,4 \pm 8,02$ мкм. Под влиянием разного количества противовоспалительных препаратов в желудке происходят разной степени морфологические изменения. За счет уменьшения размеров слизистой оболочки желудка и подслизистой основы после воздействия препаратов общая толщина стенки желудка достоверно уменьшилась в 4-5 группах. Эти изменения составили 1,60% в кардиальном отделе, 3,27% в дне желудка, 3,33% в теле и 3,65% в пилорическом отделе у 4 групп лабораторных животных и 2,21% в кардиальном отделе органа у 5 группы лабораторных животных, изменились на 3,89 % в основании, 3,0 % в теле желудка и 5,2 % в пилорическом отделе.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЛОСТИ РТА

Тошпулатов А.М., Ахмадалиев Х.С., Косимова М.О.
Андижанской областной онкологической диспансер

Актуальность. Рак слизистой оболочки органов полости рта и ротоглотки по праву считается одним из наиболее агрессивных и трудно излечиваемых. Длительное время данная патология может симулировать различные параопухольевые процессы, не сопровождается болевым синдромом. В результате большинство пациентов начинает специфическое лечение, имея опухоль существенных размеров, хотя рак слизистой оболочки полости рта и ротоглотки – заболевание доступное для визуализации и врачебного осмотра.

На протяжении многих лет в большинстве клиник России была традиционна тактика комбинированного и комплексного лечения рака слизистой органов полости рта и ротоглотки с ПХТ и лучевой терапией на первом этапе и оперативным лечением в последующем. Первично-хирургический подход к лечению рака органов полости рта и ротоглотки уже не новое направление, а современная методика. Отсутствие боязни послеоперационных осложнений и возможности современной пластической хирургии



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



позволяют выполнять обширные резекции органов полости рта и ротоглотки с одномоментным восстановлением функции с последующим химиолучевым лечением.

Цель исследования. Определение тактики хирургического лечения больных дифференцированными формами РПР в зависимости от размеров, локализации, гистотипа первичной опухоли и состояния сторожевых лимфоузлов.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов хирургического лечения 70 больных с РПР, за период с 2022 по 2023 год, находившиеся в АООД.

Результаты исследования. Несмотря на то, что опухоли орофарингеальной области относятся к «визуальным», т.е. легкодоступным для визуального определения наличия опухоли, около 2/3 больных поступают на специализированное лечение с местно-распространенными опухолевыми процессами. Первоначально больные обращаются к стоматологам или ЛОР-врачам и в течение нескольких недель им проводится консервативная терапия чаще без эффекта. Затем больные направляются к онкологу. Около 90 % больных – это люди работоспособного возраста (30–60 лет), и вопрос в данном случае встает о радикальности проводимого лечения, качестве жизни больного после лечения и возможности сохранения работоспособности.

Особую категорию представляют больные, у которых злокачественная опухоль поражает слизистую оболочку задних отделов полости рта и ротоглотки. Перед хирургами встает вопрос о радикальности выполнения оперативного вмешательства, исходя из анатомических и функциональных особенностей челюстно-лицевой области.

Существует много различных доступов при удалении опухолей задних отделов полости рта и ротоглотки: трансоральный (внутриротовой, с рассечением нижней губы, угла рта или щеки), подчелюстные доступы (надподъязычная фаринготомия, по типу «visorflap», «pull-through technique»), различные виды остеотомий нижней челюсти (срединная, парамедианная и боковая мандибулотомия).

Однако некоторые из этих доступов влекут за собой развитие грубых косметических нарушений (выраженная деформация лица, образование грубых рубцов, а и иногда сквозные дефекты), гнойно-воспалительных осложнений в области послеоперационной раны.

Вывод. Высокий уровень заболеваемости раком связан не только с канцерогенной ситуацией, но и с состоянием онкологической помощи населению и профилактической направленностью здравоохранения. Позднее обращение больного по поводу рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки в специализированное онкологическое учреждение и необходимость проведения ему расширенной операции можно объяснить двумя факторами. Это отсутствие онкологической настороженности и длительное противовоспалительное лечение у стоматологов и ЛОР-врачей, как правило, без эффекта, и быстрый темп роста рака указанных локализаций. Доказано, что своевременная диагностика рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки



способствует выполнению меньшего по объему хирургического вмешательства, тем самым снижает риск инвалидизации таких пациентов.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Туйчиев И.К., Разаков Ш.М., Сайфуддинов С.З., Камолитдинов Х.С.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Актуальность. Язвенная болезнь одно из наиболее распространённых заболеваний в нашей стране. Уровень распространённости по данным разных авторов составляет от 10 до 15 случаев на 1000 человек. Болезнь поражает преимущественно лиц трудоспособного возраста, нередко приводит к инвалидизации. Осложнения ЯБ занимают более 60% среди всех причин потери трудоспособности. Это обуславливает значимость проблемы и говорит об ее актуальности. С началом массового обязательного лечения инфекции *H. pylori* были достигнуты определенные успехи в терапии и профилактике ЯБ. На сегодняшний день, без сомнения, консервативный метод лечения ЯБ остается основным, плановые хирургические вмешательства при данной патологии практически не выполняются.

Целью лечения в обоих случаях является максимальное снижение секреции, чтобы не было рецидивов. Длительное лечение медикаментозными препаратами приводит к частым рецидивам ЯБ, и каждый раз несмотря на проведенное лечение оставляет после себя рубцовые изменения, перигастриты, перидуодениты, тяжелые пенетрации др. Поэтому технически выполнить операцию очень трудно, чем и объясняется высокая летальность. Широкое применение современных противоязвенных препаратов привело к уменьшению числа плановых операций по поводу язвенной болезни. Но одновременно отмечен рост количества осложнений и экстренных оперативных вмешательств.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Провести сравнительный анализ летальности у больных ЯБ в разные годы и после разных оперативных вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Архивные материалы по отчетам заведующих хирургических отделений на ежегодных конференциях и архивные материалы по историям болезней за последние 20 лет Ферганского филиала РНЦЭМП.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Сравнительная оценка результатов лечения язвенной болезни желудка и ДПК (анализ количества плановых и экстренных операций, послеоперационной летальности в период 2000-2020 гг.).

С каждым десятилетием число плановых операций сокращалось и в итоге по сравнению с 1990 годом сократилось в 6 раз. Если резекция желудка различного объёма до 2000 г. была выполнена 1280 больным из 1466 (36 резекций 2/3 желудка и 530 антрумрезекций всего 1466). Сократилось и число ваготомий, но не так сильно, как число резекций. Так, если до 2000 г. ваготомия была применена у 204 больных, то к 2020 г. их число



сократилось до 52, т.е. в 4 раза. Летальность при использовании резекционных методов лечения за все годы её применения составила 1,02%. После использования различных видов ваготомии с дренирующими желудок операциями до 1,3%. В среднем в год оперируются 13-14 экстренных больных с кровоточащей язвой и всего за все годы после операции на желудке по поводу кровотечения из язвы умер 31 больной из 378 пациентов с кровотечением из язвы.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что после экстренных операций летальность растет с каждым годом (летальность при резекции 2/3 желудка и кровотечении увеличилась более чем в 2 раза на период с 2000-2018 гг.; летальность при использовании гемостаза в язве+ваготомии – с 9,6 до 10,8% за тот же период), и это связано с тяжелыми осложнениями, которые развиваются в результате длительного консервативного лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Тураева Г.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В соответствии с данными Всемирной организации здравоохранения 2,5-3% всех новорожденных уже при появлении на свет имеют различные пороки развития. При этом около 1% составляют генные болезни, примерно 0,5% - хромосомные и, в среднем, 1,5-2% приходится на долю врожденных пороков развития (ВПР), обусловленных действием неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов.

Цель исследования. Изучить роль современных методов лучевой диагностики в пренатальной диагностике различных заболеваний на основании анализа данных литературы.

Материалы и методы исследования. В работе впервые на достаточном клиническом материале изучены возможности комплексной трансабдоминальной и трансвагинальной эхографии в оценке области внутреннего зева шейки матки для дородовой диагностики предлежания сосудов. Впервые для идентификации предлежания сосудов использована ультразвуковая объемная ангиография.

Результаты исследования. Разработанная эхографическая методика оценки области внутреннего зева шейки матки является высокоинформативным методом пренатальной диагностики предлежания сосудов при скрининговом ультразвуковом исследовании во втором триместре беременности.

Диагностическим критерием предлежания сосудов при двухмерном трансабдоминальном ультразвуковом исследовании является визуализация экзогенных



линейных и округлых структур в области внутреннего зева, а при использовании режима цветового доплеровского картирования — установление их сосудистого генеза. Для установления окончательного диагноза предлежания сосудов необходимо использовать трансвагинальную эхографию с режимом цветового доплеровского картирования, чувствительность которой составляет 100%, тогда как двухмерной трансабдоминальной эхографии только 33,3%, а режима цветового доплеровского картирования при трансабдоминальном сканировании - 83,3%.

Использование комплексного пренатального эхографического обследования области внутреннего зева шейки матки при скрининговом ультразвуковом исследовании позволяет обеспечить дородовую диагностику предлежания сосудов в 100% случаев и тем самым оптимизировать акушерскую тактику и избежать перинатальных потерь при этой патологии.

Выводы. Ультразвуковое исследование остается ведущим в диагностике пренатальной патологии. Магнитно-резонансное исследование может быть использовано для уточнения характера врожденных аномалий развития плода.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.

Тураева Г.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) наиболее частая причина нарушения менструальной и генеративной функций у женщин. Частота данной патологии составляет 70% в структуре эндокринного бесплодия.

Цель исследования: оценка эффективности комплексной метаболической терапии у пациенток с СПКЯ.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находились 37 женщин с СПКЯ в возрасте от 19 до 32 лет. Больные были рандомизированы на две группы. 1-я группа состояла из 18 женщин, получавших комплексную терапию по общепринятой методике. 2-я группа включала 19 женщин, которым в дополнение к базисной терапии был включен метаболический комплекс фирменных препаратов.

Результаты исследования: длительность заболевания составила $4,21 \pm 0,65$ года. Возраст наступления менархе составил $12,98 \pm 1,8$ года, позднее менархе у 2 (8,5%) пациенток. Аменорея диагностирована у 6 (16,2 %) пациенток, олигоменорея - у 7 (18,9 %). Около 90% пациенток имели первичное бесплодие.

Висцеральное ожирение отмечено у 8 (21,6%) пациенток, инсулинорезистентность – у 8 (21,6%), функциональная гиперпролактинемия у 6 (16,2%). У 19 (52,4%) пациенток ИМТ



находился в пределах нормы и составлял в среднем 23,3, у них отсутствовали явные андрогензависимые дерматопатии, гирсутизм. При УЗИ диагностировано увеличение объема яичников: объем правого яичника составил в среднем 15,5 см³, левого – 14,8 см³. На фоне терапии у пациенток 1-й группы положительная динамика отмечена на 13±1,02 сутки, у пациенток 2-й группы – на 9±1,02. Объем яичников у пациенток 1-й группы уменьшился в 1,2 раза; у пациенток 2-й группы – в 1,5 раза.

Выводы: использование в комплексной терапии метаболического комплекса «Корилип» позволяет сократить сроки лечения СПКЯ в 1,4 раза.

ЧАСТОТА ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВЬИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Туракулова Х.Э. Арзибеков А.Г.

Актуальность. До настоящего времени болезни органов дыхания занимают одно из первых мест в структуре детской заболеваемости и остаются актуальной проблемой педиатрии в связи с их распространенностью, высоким уровнем заболеваемости и нередко неблагоприятным исходом. Бронхообструктивный синдром у детей относится к одной из наиболее распространенных патологий респираторного тракта. В связи с этим становится актуальным вопрос о применении иммуномодуляторов, особенно в остром периоде заболевания.

Цель исследования: дать клинико-лабораторную характеристику бронхообструктивному синдрому у детей и выявить наиболее значимые диагностические и прогностические критерии.

Материал и методы исследования. Ретроспективное исследование было проведено в Андижанском ОДММЦ и РСНПМЦ Педиатрии в период 2017–2021 гг. Под наблюдением находилось 76 детей, получавших стационарное лечение в отделении пульмонологии, в возрасте от 7- года до 11 лет. Острый обструктивный бронхит (ООБ) диагностирован у 51 (67%) пациентов – 1 группа, средний возраст 9±1,4 лет. Диагноз острый простой бронхит (ОБ) установлен у 25 (33%) детей – 2 группа, средний возраст 8±1,3 лет. Для оценки течения БОС анализировали как клинико-лабораторные, так и анамнестические данные пациентов. Диагноз «бронхообструктивный синдром» устанавливали на основании наличия характерного клинического синдрома комплекса, включающего в себя экспираторную одышку с удлиненным выдохом, приступообразный кашель, свистящие хрипы, выслушиваемые при аускультации. Всем больным проводили комплексное исследование клинических лабораторных параметров, пульсоксиметрию, измерение частоты дыхания, измерение АД, пульса, по показаниям проводили ЭКГ, рентгенографию грудной клетки. Из анамнестических данных учитывали возраст, эндогенные факторы риска (преморбидный фон и аллергологический статус, возраст



матери и наличие атопии в семье, особенности течения данной беременности и родов, тип вскармливания, частоту ОРВИ в течение последнего года); экзогенные факторы (курение родителей, количество детей в семье). Включающего в себя экспираторную одышку с удлинённым выдохом, приступообразный кашель, свистящие хрипы, выслушиваемые при аускультации. Обструктивный синдром часто сопутствует острым респираторным инфекциям, при которых респираторные вирусы, повреждая эпителий дыхательных путей, повышают чувствительность рецепторов бронхов к различным факторам, и возникает их гиперреактивность.

Выводы. Наличие отягощающих преморбидных факторов влияет на тяжесть течения БОС при острых респираторных инфекциях у детей. Так, дети, реализующие тяжёлый БОС, достоверно чаще рождались недоношенными, маловесными, от матерей, имевших неблагоприятно протекающую беременность (гестоз, угрозу прерывания, гипоксию плода), что в целом отражало их неблагоприятный преморбидный фон. Этиологическим фактором развития тяжёлого БОС наиболее часто являлись респираторно-синцитиальные вирусы (44,2%), тогда как при риновирусной инфекции, парагриппе и аденовирусной инфекции данный синдром характеризовался более лёгким течением.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Туракулова Х.Э. Арзобеков А.Г.

Актуальность. Болезни органов дыхания остаются одной из актуальных проблем педиатрии по заболеваемости и осложнениям у детей. Острая астма и бронхит, которые часто наблюдаются у детей раннего возраста, могут привести к негативным последствиям при наблюдении с бронхообструктивным синдромом. Среди детских заболеваний ведущее место занимает патология органов дыхания. У 25-31% детей инфекции дыхательных путей проявляются в клинической форме обструктивного бронхита, а в 30-50% случаев имеют затяжное, волнообразное или рецидивирующее течение.

Цель исследования. Распространённость и факторы риска развития бронхообструктивного синдрома в Ферганской долине.

Методы исследования и материалы. Проведен эпидемиологический анализ с использованием статистических методов для оценки факторов риска развития бронхообструктивного синдрома. Проанализированы анамнезы детей в возрасте от 1 года до 18 лет, госпитализированных в 2017-2021 гг. в отделение «Пульмонологии» Андиджанского областного детского многопрофильного медицинского центра. В ретроспективном исследовании всего обследовано 6965 больных, из них у 1208 (17%) диагностирован бронхообструктивный синдром. 1208 больных с диагнозом



бронхообструктивный синдром были разделены на 3 назологические группы: 1-группа: 966 человек (80%) с острым внебольничным бронхообструктивным синдромом. 2- группа острых обструктивных бронхитов 72 человека (6%), 3 группа рецидивирующих обструктивных бронхитов 170 человек (14%).

Результаты исследования и их обсуждение. Ретроспективный анализ анамнеза заболевания показывает наличие различных факторов риска в развитии симптомов дыхательной недостаточности, частое наблюдение РБ и высокий риск развития бронхиальной астмы, сосуществование фоновых заболеваний, возрастные различия. Согласно полученным данным, симптомы бронхообструкции наблюдались у всех детей. На основании ретроспективно проанализированного анамнеза острый обструктивный бронхит выявлен у 942 (78%) детей с частыми ОРЗ (6 раз и более) в течение года, у 290 (24%) с заболеваниями ЛОР-органов, у 318 (26,3%) с аллергическими состояниями. , 273 (22,6%) детей на искусственном вскармливании, 832 (68,9%) случая анемии матери, 824 (68,2%) случая осложненной беременности.

Вывод. Предрасполагающие факторы и факторы риска развития бронхообструктивного синдрома: тяжелое течение беременности, анемия у матери, асфиксия в родах, искусственное вскармливание ребенка, аллергическая склонность организма, частые ОРЗ, патологии ЛОР-органов, белково-энергетическая недостаточность, наследственные и врожденные заболевания дыхательной системы. По результатам ретроспективного анализа бронхообструктивный синдром наблюдался у 18% детей с заболеваниями органов дыхания.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ КИШЕЧНЫХ СТОМАХ

**Тургунбоев А.А., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Эгамов С.Ш.,
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Последние 100 лет развитие хирургии толстой кишки неразрывно связано с именем Н. Hartmann. К сожалению, эта проблема, по данным ВОЗ, за последние десятилетия обостряется во всех странах мира. За последние десятилетия отмечается значительный рост заболеваемости раком толстой кишки и увеличение количества больных с неопухолевыми заболеваниями и повреждениями данного отдела кишечника. Многие больные поступают в тяжелом состоянии с осложненными формами заболевания, что заставляет производить оперативные вмешательства по экстренным и срочным показаниям и завершать их наложением различного вида колостом. Следует особо отметить, что этот контингент больных продолжает страдать рядом последствий наложения толстокишечной стомы. Также отмечается стойкая утрата трудоспособности, тяжелые психические нарушения, что существенно снижает социальный статус и качество



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



жизни больных. В настоящее время восстановление непрерывности толстой кишки при ликвидации колостом является одной из актуальных задач абдоминальной хирургии.

Цель исследования. Улучшение результатов реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств при толстокишечных стомах путем оптимизации хирургической тактики и хирургической реабилитации.

Материалы и методы. Исследование больных с толстокишечными стомами проводилось на базе кафедры хирургии и урологии Андijanского государственного медицинского института и хирургического отделения Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи «Андijanского филиала» с 2001 по 2010 годы (ретроспективное исследование) и 2020 по 2022 годы (проспективное исследование).

Для объективизации данных, в основную группу были включены все больные, которым в указанный период было произведено восстановление непрерывности толстой кишки после операции Гартмана.

Из 169 больных в 42 случаях причиной формирования толстокишечных стом явились опухолевые заболевания. У этого контингента больных имелась вероятность рецидива опухоли, а также имелся высокий возрастной ценз, что не позволяло объективно сопоставлять

Результаты исследования. В этой связи, в дальнейшем, данный контингент больных научному анализу не подлежал.

В 127 случаев причинами формирования толстокишечных стом явились urgentные состояния неопухолевого генеза, где возникла необходимость выполнения операций Гартмана (заворот сигмовидной кишки – 123 больных и ножевое ранение у 4 больных). Эти больные явились предметом настоящего исследования.

Согласно цели и задачам нашего исследования нами условно выделены две группы:

- Контрольная - с 2001 по 2010 гг., включающий 73 (57,5%) больных с левосторонней толстокишечной стомой, которые подлежали ретроспективному анализу;
- Основная - с 2020 по 2022 гг., включающий 54 (42,5%) больных с левосторонней толстокишечной стомой, где оптимизировалась хирургическая тактика и технические приемы операций.

В начальном периоде нашей работы мы стали использовать модифицированный способ «инвагинационного» межкишечного анастомоза по принципу «конец в бок», который более широко использовался с 2006 года (патент ПВ РУз №03238). Используя данный способ, мы значительно улучшили

Результаты РВО у наших больных. Но это стало возможным по мере накопления практического опыта и уточнения показаний к применению данного способа. По данной методике оперировано 37 (29,1%) больных.

Наряду с этим в последние 5 лет нами стал применяться новый модифицированный способ погружного инвагинационного анастомоза, где учтены недостатки прежнего способа (Способ инвагинационного колоколоанастомоза. IAP 2021 0030 – официальный бюллетень. Ташкент. 2021, 3 (329)). По данной методике прооперировано 12 (9,5%) больных.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



У 14 (11,0%) больных сформирован межкишечный анастомоз по принципу «конец в конец» (в контрольной – 9; в основной – 5). РВО по принципу «конец в бок» сформирован у 9 (7,1%) больных (в контрольной – 6; в основной – 3) колоколо- и колоректоанастомозы по принципу «бок в бок» сформированы у большинства больных – 55 (43,3%). Причем в контрольной в 65,8%, а в основной – 13,0% больных. То есть в основной группе, имелась отчетливая тенденция к уменьшению числа больных с формированием данного способа межкишечного соустья.

Инвагинационные межкишечные анастомозы сформированы у 49 (38,6%) больных (в контрольной – 13,7%, в основной – 72,2%). То есть имелась отчетливая тенденция к увеличению контингента больных с данным видом межкишечного анастомоза (инвагинационного).

Данную методику применяли в период разработки и внедрения в практику и в контрольной группе, в начальном периоде нашей работы. По мере накопления клинического опыта и изучения результатов данной методики операции, нами разработан и успешно применяется «погружной» инвагинационный анастомоз по принципу «конец в бок».

Результаты исследования. Проведенный сравнительный анализ результатов РВО показал, что в основной группе в $81,5 \pm 5,2\%$ случаев послеоперационный период протекал без осложнений, тогда как в контрольной – в $61,6 \pm 5,7\%$ (улучшение результатов на 19,9%) – ($p < 0,05$). Интраабдоминальные осложнения в основной группе диагностированы лишь у $7,4 \pm 3,5\%$ больных с летальным исходом в 5,5% случаев, тогда как в контрольной группе – $16,4 \pm 4,3$ и 12,3%, соответственно (интраабдоминальные осложнения уменьшились на 9%, послеоперационная летальность на 6,8%). При этом частота раневых осложнений в основной группе диагностированы в 7,4% больных, тогда как в контрольной – 13,7% (уменьшение частоты на 6,3%). К тому же частота осложнений общего характера в основной группе диагностировано лишь в 3,7%, тогда как в контрольной у 8,2% (уменьшение частоты на 4,5%).

Выводы. Разработанный и внедренный способ «погружного» инвагинационного колоколоанастомоза при РВО у больных с толстокишечной стомой прост по своему исполнению, не требует специальных дорогостоящих аппаратов и инструментария. Позволяет повысить физическую герметичность, механическую, а также биологическую прочность анастомоза и исключаются недостатки инвагинационных анастомозов.



УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Тургунов Ш.Ш., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б.А

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Цель. Совершенствования модели экспериментального формирования недостаточности швов анастомозов на толстой кишке.

Материал и методы. Без предварительной подготовки животных производится индукция в наркоз путем помещения животного под стеклянный колпак, где имеется марлевая салфетка, смоченная галотаном. После засыпания животное извлекается и фиксируется на операционном столике в положении на спине, с разведенными в стороны конечностями. Дальнейшая анестезия осуществляется путем использования масочного наркоза 3% парами галотана с кислородом. По средней линии живота производится обработка кожи с депиляцией шерстяного покрова. После обработки операционного поля 70% спиртом выполняется средне- срединная лапаротомия. После послойного вскрытия брюшной полости и обкладывания краев операционной раны стерильными салфетками из брюшной полости извлекается восходящий отдел толстой кишки со слепой кишкой.

Купол слепой кишки обычно бывает заполнен каловыми массами. Производится мобилизация купола слепой кишки в пределах 2 см по брыжеечному краю с перевязкой сосудов лигатурой 3/0 капрон.

Далее в пределах 2 см от дистального отдела купола слепой кишки накладывается мягкий прямой зажим со смыканием бранш в пределах 1 зубца замка. Отсечение купола слепой кишки выполняется с использованием скальпеля на 2 мм выше уровня бранш зажима.

Обработка линии среза с использованием марлевых шариков смоченных 70% спиртом. На культю слепой кишки, которая имеет размеры в пределах 1 см, накладывается 5 узловых швов с использованием атравматической нити - 5/0 капрон. Имеет значение выдерживать расстояние между швами в пределах 2 мм. При этом для приближения эксперимента к условиям экстренной хирургии, участок кишечника в зоне формируемых швов сдавливается в течение 15-17 мин, с дозированной компрессией, что вызывает преходящее нарушение кровоснабжения кишечника с ишемией.

Далее выполняется обработка линии шва спиртовым раствором. Зажим с кишечника снимается. При этом удается проследить зону ишемии стенки кишки вследствие передавливания питающих сосудов в течение 15-17 минут. Кишечник погружается в брюшную полость. Операционная рана послойно ушивается. Обработка линии швов 70% спиртом. Тем самым мы создаем условия для поступления кишечного содержимого между швами за пределы кишечника, а зона ишемии не дает возможность быстрому слипанию стенок и ограничению процесса.



Таким образом, усовершенствованные тактико-технические аспекты для формирования экспериментальной модели недостаточности швов толстой кишки включают следующие факторы:

операция выполняется на неподготовленном кишечнике;

мобилизация купола слепой кишки производится на 0,5 см ниже уровня резекции;

на 5 мм ниже уровня резекции накладывается зажим для временного прекращения поступления крови к зоне соустья (5-17мин), а также частичной деструкции слизисто-подслизистого слоя кишечника;

формируются редкие узловые швы не рассасывающимися нитками с промежутком в 2 мм;

швы формируются в условиях загрязненной каловыми массами среды толстой кишки;

при сдавливании просвета кишки с усилием 50г/см² наблюдается просачивание кишечного содержимого между швами.

Выводы. Полученная модель обеспечивает возможность для проведения экспериментальных исследований по изучению и внедрению новых методов лечения НШТА и ее осложнений.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОБОСНОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Тургунов Ш.Ш., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б.А
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Экспериментально изучить воздействия лазерного излучения для профилактики несостоятельности швов кишечных анастомозов путем морфологических исследований.

Материал и методы. Экспериментальные исследования выполнены в отделе экспериментальной хирургии ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова» за 2020-2021 гг. Эксперименты проведены на 56 нелинейных белых крысах самцах массой 270-340 г. Всем животным выполнена разработанная нами модель несостоятельности толстокишечных анастомозов. Через 1-3-5-7 и 14 сутки после хирургического вмешательства отбирали образцы кишечной ткани в области швов для анализа. Были изучены морфологические исследования биоптатов кишечника. В опытной группе животных для предупреждения осложнений выполнялись лечебные манипуляции в виде сеансов лазерного воздействия на зону сформированной культы толстой кишки. В группе



контроля проводилась только стандартная послеоперационная реабилитация в условиях смоделированной НШТК.

Результаты. В 1-е сутки в обеих группах наблюдались практически одинаковые морфологические изменения, характерные для воспаления. Отмечен некроз кишечного эпителия в области резекции, расширение и переполнение сосудов в подслизистой области, а также дистрофические изменения мышечного слоя. Набухание, инфильтрация нейтрофилов-лимфоцитов наблюдалась во всех слоях. Однако в контрольной группе была относительно низкая частота тканевые отеки и небольшое накопление нейтрофильно-лимфоцитарной инфильтрации вокруг шовного материала.

Разница в основных морфологических изменениях была очевидна через 3 суток. Некротически- экссудативные процессы воспаления были очевидны в контрольной группе. Наблюдаются некротические изменения слизистой оболочки, очаговая инфильтрация лимфоцитов-макрофагов в подслизистом слое, неравномерное расширение соединительнотканного слоя, утолщение сосудистой стенки, дилатация и застой (стаз) различных форм, диапедез эритроцитов вокруг сосуда, отек в всех слоях. Вышеуказанные изменения представляют собой специфические зоны: бесклеточные зоны - участки отёка, внесосудистые эритроциты и лимфоцит-макрофаги, образующие очаговую инфильтрацию. В наружно-серозном (адвентиция) слое кишечника наблюдается инфильтрация нейтрофил-лимфоцитарных очагов. Произошло образование фибробластов в области резекции.

В контрольной группе фибробласты формировались к 5-м суткам. Но здесь, в отличие от опытной группы, фибробласты грубые, образование новых сосудов происходит редко и сопровождается отеком. Другим важным аспектом является наличие макрофагов, инфильтрации лимфоцитов и трещин между тканью и нитью вокруг нитей полифиламента и тканью, вшитой в область резекции. Это указывает на реакцию между тканью и инородным телом, и это может служить источником несостоятельности швов и инфекции. На 7-е сутки эксперимента указанная выше разница стала еще более очевидной. В результате дифференцировки и трансформации клеток произошла регенерация эпителиального слоя, которая проявлялась гистоцитарными отёками вокруг различных крипт. Новые кровеносные сосуды полностью сформированы, заполнены. Одним словом, все слои начали регенерировать. Признаки полного ремоделирования были очевидны в течение длительного периода времени, например, 14 дней. В контрольной группе произошла основная регенерация соединительной ткани, тогда как в опытной группе все слои регенерировали и все слои продолжали свою функцию.

Выводы. Таким образом подтверждено, что использование в хирургии различных лазеров, приводит к стимуляции регенеративных процессов. В частности, ИК-лучи проникают глубоко в ткани (до 15 см), улучшают микроциркуляцию и стимулируют пролиферативные процессы, что приводит к быстрому заживлению хирургической травмы.



ВОЗМОЖНОСТИ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Турдиев Ф.Э., Ахралов Ш.Ф., Бекимбетов К.Н., Ортикбоева Ш.О.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Остеопороз - одна из наиболее значимых проблем здравоохранения с выраженным влиянием ее на экономику общества, качество жизни отдельных его членов. В настоящее время “золотым стандартом” в диагностике остеопороза признана двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (dual-energy x-ray absorptiometry, DEXA). Она определяет содержание гидроксиапатита на единицу поверхности кости, т.е. проекционную минеральную плотность кости (МПК), которая, как правило, связана с массой костной ткани в исследуемом участке.

Цель. Изучить состояние минеральной плотности костей с помощью двухэнергетической остеоденситометрии при переломах в возрастном аспекте.

Материалы и методы. Денситометрические исследования были проведены на базе на базе РСНПЦ травматологии и ортопедии у 64 больных с переломами костей возраст которых была от 18 до 90 лет. Средний возраст составил $53,4 \pm 1,8$ лет. Из них 24 мужчин (37,5%) и 40 (62,5%) женщин. Исследования проводились на аппарате Stratos (DMS, Франция) по программе “total body” и по стандартной программе в позициях: денситометрия костей поясничного отдела и проксимального отдела бедренной кости.

Результаты исследования. Для определения стадии остеопороза по данным денситометрии были получены следующие показатели: плотность костной ткани (mg), минеральная плотность костной ткани (МПКТ) в mg/cm^3 , показатель Z, показатель T. Для интерпретации результатов денситометрии у больных использовались T-критерий и его отклонения (согласно критериям РАПО и ВОЗ): от (-1,0) до (-2,5) SD (стандартных отклонений)- остеопения, от (-2,5) SD и ниже (стандартных отклонений)-остеопороз. Из 65 у 34 (52,3%) T-критерий и его отклонения составил от (-2,5) SD и ниже (стандартных отклонений) средний возраст которой составил $60,2 \pm 1,6$ лет. У 27 (41,5%) T-критерий и его отклонения составил от (-1,0) до (-2,5) SD (стандартных отклонений) средний возраст которой составил $43,2 \pm 1,4$ лет. У обследуемых старше 50 лет более низкие значения T-критерия выявляются у женщин, при этом остеопороз встречается 2,5 раза чаще у женщин, а остеопения в 1,5 раза чаще у мужчин.

Вывод. На основании результатов методом диагностики остеопороза в клинической практике в настоящее время признана денситометрическое исследования. Приоритетным регионом исследования является осевой скелет, наиболее приемлемым способом оценки МПК - T и Z-критерии. Проведение денситометрии не выявляет у лиц моложе 50 лет снижения минеральной плотности костной ткани, а более низкие показатели Z- и T-критериев у женщин определяются структурно-функциональными особенностями костного скелета и метаболизма кальция, ассоциированными с полом.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

Турдиев Ф.Э., Умарова У.А., Бекимбетов К.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сегодня остеопороз (ОП), по мнению экспертов ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения), – одно из самых частых системных многофакторных заболеваний скелета. Важным объектом патологических изменений при ОП является позвоночный столб. По данным European Prospective Osteoporosis Study (EPOS, 2002 г.) остеопоротические переломы позвонков составляют 48% всех низкоэнергетических остеопоротических переломов у мужчин и 39% у женщин в возрасте 50 лет и старше. Остеопоротические переломы позвонков приводят к инвалидности, повышенной смертности, снижению качества жизни, экономическим затратам общества. Кроме того, ОП переломы позвонков являются независимым фактором риска развития последующих переломов периферических костей, шейки бедра. Среди множества факторов риска развития ОП индекс массы тела (ИМТ) является одним из основных модифицируемых (потенциально изменяемых, управляемых) факторов риска. Выраженное ожирение (ИМТ >30 кг/м², масса тела более 130 кг), низкий ИМТ (<18,5 кг/м², масса тела менее 57 кг), модные длительные несбалансированные низкокалорийные диеты влияют на костную ткань, депо минеральных солей.

Цель. Оценка эффективности цифровой рентгенографии и рентгеновской остеоденситометрии в лучевой диагностике остеопороза в возрастном аспекте.

Материалы и методы. Мы изучали состояние костной ткани пациентов обоего пола в разных возрастных группах с различным ИМТ для установления взаимосвязи между МПКТ и ИМТ. Денситометрические исследования были проведены на базе РСНПЦ травматологии и ортопедии у 95 больных в возрасте которых была от 18 до 90 лет. Исследования проводились на аппарате Stratos (DMS, Франция) по стандартным и специальным программам в соответствии с рекомендациями ISCD (Международное Общество Клинической Денситометрии).

Результаты исследований. Определялись МПКТ тел поясничных позвонков, проксимальных отделов бедренных костей. По окончании ДРА (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия) исследования формировался отчет с вынесением заключения по наименьшему показателю T- или Z-критерия в SD (количество стандартных отклонений). Полное сканирование тела с определением композиционного состава и ИМТ (кг/м²) выполнялось по специальной программе остеоденситометрической диагностики: оценивался количественный состав тела - костный минеральный компонент, мышечная и соединительная ткани (в г), процентное количество жировой ткани. В зависимости от показателей МПКТ, все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа - с нормальными значениями МПКТ, 2-я – со сниженной МПКТ (остеопенией и



остеопорозом). При проведении ДЭРА позвоночника выявлены нормальные значения (Т-критерий $> -1SD$) при общем подсчете МПКТ у 25 (26,3%). В остальных 70 (73,7%) случаях выявлено снижение МПКТ ниже нормы в 39 (55,7%) до уровня остеопении (Т-критерий $-1SD$ ($-2,5SD$)). Т-критерий соответствует $-2,5SD$ и ниже у 31 (44,3%) пациентов основной группы.

При проведении ДЭРА проксимального отдела бедренной кости выявлено, что в целом данных за снижение МПКТ в 80 (84,2%) случаев не выявлено. Всего в 15 (15,8%) случаях выявлено снижение МПКТ на $1SD$. Случаи с Т-критерием ниже, чем на $2,5SD$, в шейке бедра не выявлено, тогда как в большом вертеле выявлено снижение МПКТ на $2,5SD$ в 17 (17,9%).

Выводы. Таким образом, по результатам проведенных исследований прослеживается взаимосвязь между остеопоротическими повреждениями позвонков и ИМТ. Чем ниже показатель ИМТ, тем более выражены остеопоротические изменения. Кроме того, определяется положительная корреляция между возрастом и МПКТ.

РОЛЬ ИЗМЕНЕНИЕ СИТЕЗА ОКСИДА АЗОТА В ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ КОВИД 19

Каримова Н.А., Бобомуродов Т.А., Турсунбаев А.К.

Среди основных органов-мишеней, поражаемых при ковид-19, особое место занимает сердце, обеспечивающее адекватное кровоснабжение органов и тканей, поражение которого считается важным звеном формирования синдрома полиорганной недостаточности и развития септического шока.

Острое миокардиальное/кардиальное повреждение при COVID-19. По литературным данным поражение сердечно-сосудистой системы может диагностироваться у 40% пациентов, умерших от инфекции COVID-19, а у детей она ещё полностью не изученно. Сочетание коронавирусной инфекции с сердечно-сосудистыми заболеваниями создаёт дополнительные сложности в диагностике, определении приоритетной тактики, изменении порядков маршрутизации пациентов с неотложными состояниями, выбора терапии. Ситуация осложняется дефицитом информации, значительным объёмом ежедневных, зачастую противоречивых, публикаций по данным вопросам, и крайне высокой важностью решения ряда вопросов для клинической практики.

Цель работы: Определит степен поражения сердечно-сосудистой системы и их последствие у детей, перенёсших Ковид-19 в Республики Узбекистан.

Анализ полученных результатов. Примечательно, что при ковид-19 примерно 90 % осложнений со стороны сердца, включая аритмии и сердечную недостаточность, происходит в первые семь дней, из которых более половины развивалось в первые 24 часа заболевания, так же схожие данные были отмечены в зарубежных работах. Более 60



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



% больных ковидом-19, поступавших в отделения интенсивной терапии, имели клинические признаки сердечной дисфункции.

Вместе с тем до настоящего времени отсутствуют согласованные мнения в отношении терминологии поражения сердца при ковиде-19 и его клинических проявлений. Некоторые авторы предлагают использовать термин «септическая кардиомиопатия», обозначающий развитие ковид-19 (септический шок) - обусловленного синдрома острой сердечной дисфункции, не связанной с ишемией вследствие поражения венечных артерий и характеризующейся одним или более следующими признаками. В основе развития поражения сердца и формирования его дисфункции (сердечно-сосудистой недостаточности) лежит сложный комплекс различных взаимно усугубляющих реакций и механизмов. К первоначальным повреждающим агентам следует отнести циркулирующие микроорганизмы и продукты их распада, в частности липополисахарид, взаимодействующие с клетками различных органов и тканей с последующей продукцией провоспалительных цитокинов. Повышение продукции провоспалительных цитокинов также сопровождается нарушением функций сердца.

Помимо липополисахаридов другие компоненты клеточной стенки патогенных микроорганизмов, в частности липопроотеины, также способны реагировать с различными толл-подобными рецепторами клеток сердца, приводя к развитию воспаления и дисфункции кардиомиоцитов.

Существенная роль в повреждении сердца при ковиде-19 у детей принадлежит также оксиду азота (NO) и его синтазам (NOS). В кардиомиоцитах идентифицировано три изоформы синтазы оксида азота. Две из них, нейрональная и эндотелиальная синтазы оксида азота, постоянно генерируют небольшое количество оксида азота, индуцибельная же изоформа характеризуется выраженным повышением своей экспрессии и значительной продукцией оксида азота при воспалении. Именно поэтому индуцибельной синтазе оксида азота отводится важная роль в развитии поздней дисфункции сердца при ковид-19 у детей.

Основными звеньями такого поражения считаются угнетение регуляции β -адренергических рецепторов, снижение реакции миофиламентов на изменения ионов Ca, повышение проницаемости мембран митохондрий с нарушением их функций. Следует также отметить, что **Введение** липополисахарида приводит к подавлению транскрипции гена белков митохондрий и соответственно к повреждению самих митохондрий, что в свою очередь сопровождается снижением продукции АТФ и в дальнейшем к активации процессов апоптоза клеток.

Важным моментом при изучении патогенеза ковида-19, механизмов развития органной дисфункции и недостаточности, а также эффективности проводимого лечения и танатогенеза больных, несомненно, является проведение полноценных клинико-патологоанатомических сопоставлений.

Вывод. Таким образом, на основании проведенного анализа и литературных данных, можно заключить, что сердце занимает важную роль в патогенезе полиорганной



недостаточности при ковид-19 у детей. Основными клиническими проявлениями сердечной дисфункции считаются левожелудочковая и/или правожелудочковая недостаточность, неадекватный сердечный выброс и развитие аритмий. В основе развития поражения сердца и формирования сердечно-сосудистой недостаточности лежит сложный комплекс различных взаимно усугубляющих реакций и механизмов: непосредственное действие микроорганизмов, активация провоспалительных и противовоспалительных цитокинов с развитием системной воспалительной реакции, нарушения структуры и функции кардиомиоцитов. Перспективным методом изучения звеньев патогенеза сердечной недостаточности и танатогенеза больных с ковидо-19 у детей является проведение клинко-морфологических сопоставлений. Поэтому индуцибельной синтазе оксида азота отводится важная роль в развитии поздней дисфункции сердца при ковид-19 у детей.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Тухтамуродов Х.Х., Хайритдинов Б.Б., Хайитов У.Х.

Студенты 301 группы международного педиатрического факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Актуальность: изолированные повреждения двенадцатиперстной кишки у детей являются одной из актуальных и сложных проблем детской хирургии, несвоевременная диагностика и неадекватные методы лечения могут привести к тяжелым последствиям. Данная патология характеризуется высокой летальностью (30-50%) и осложнениями в виде перитонита, дуоденальных свищей, забрюшинной гематомы, профузных гастродуоденальных кровотечений (50-70%).

Цель исследования: улучшить **Результаты** методов диагностики и лечения изолированного поражения двенадцатиперстной кишки у детей.

Материал и методы исследования: в наших наблюдениях лечились 11 детей в возрасте от 4 до 18 лет с данной патологией (7 мальчиков, 4 девочки). Причинами травмы стали тупая травма живота и удар, а также падение спиной с высоты. Из 11 детей 5 поступили в течение 6 часов после травмы, а остальные 6 поступили через 24 часа. Помимо общеклинического обследования, всем больным выполняли УТТ брюшной полости, полипозиционную рентгенографию и КТ.

Результаты: **Результаты** исследования показали, что у 3 больных была забрюшинная эмфизема (37,5%), скопление жидкости в области перикарда почки на стороне поражения. У двух пациентов хирургическая коррекция выполнена в первые 8-10 часов. При вскрытии 12-перстной кишки по Кохеру выявлены пятна Виннивартера, забрюшинная гематома, эмфизема, желчь.



В двух случаях разрыв двенадцатиперстной кишки был ушит серией швов мононитями. В 6 случаях в связи с имбибицией стенки 12-й кишки большим количеством желчи и гематомой дивертикуляция 12-й кишки была завершена передним эногастроанастомозом с трубкой Брауна, холецистостомой, дренированием брюшной полости и позади брюшины. Кроме того, конечно, через анастомоз к началу тощей кишки проводили трансназальный зонд. Несостоятельность анастомоза отмечена в одном случае, что потребовало повторной операции. В послеоперационном периоде проводились стандартные методы лечения: восстановление объема потерянной крови, лечение и профилактика инфекционных осложнений. Кормление больных осуществлялось только через зонд, введенный в желудок.

Заключение. Таким образом, при ранней диагностике изолированных повреждений двенадцатиперстной кишки у детей целесообразно ушивание раны кишки, на поздних стадиях дивертикуляции 12-перстной кишки - передний эногастроанастомоз, холецистостому, декомпрессию двенадцатиперстной кишки. желудочно-кишечный тракт.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРИ НЕКОТОРЫХ МАЛЫХ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Улугбеков М.О., М.Ш.Ганиева

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Малые аномалии развития сердца (МАРС)- это большая гетерогенная группа аномалий развития сердечно-сосудистой системы, характеризующихся наличием различных анатомических и морфологических отклонений от нормы структур сердца и магистральных сосудов, но не сопровождающихся клинически и гемодинамически значимыми нарушениями.

Цель исследования: Выявить взаимосвязь фенотипических проявлений соединительнотканной дисплазии у новорожденных с малыми аномалиями развития сердца.

Материал и методы исследования. Научная работа проведена на базе отделений кардиологии и неонатологии ОДММЦ города Андижан. Под наблюдение и исследование отобраны 20 детей с малыми аномалиями развития сердца. Они разделены на 2 группы: доношенные с малыми аномалиями развития сердца (7 детей), недоношенные с малыми аномалиями развития сердца (13 детей). Была составлена фенотипическая карта из 38 наиболее встречающихся внешних признаков соединительнотканной дисплазии. Сравнительный анализ встречаемости внешних стигм дизэмбриогенеза у детей с МАРС и без них показал, что количество малых аномалий развития у новорожденных с МАРС было от 4 до 7, а у здоровых их было не более 3. Статистический анализ показал, что у доношенных новорожденных с МАРС



достоверно чаще по сравнению с детьми без микроаномалий сердца встречались следующие 5 стигм (таблица 1): высокое небо (соответственно, 66,6% и 13,3%), короткая уздечка языка (64,4% и 23,3%), диастаз прямых мышц живота (61,1% и 6,6%), гипотелоризм глаз (33,3% и 10,0%). Частота других внешних микроаномалий была заметно меньшей. У недоношенных новорожденных с МАРС достоверно чаще по сравнению с детьми 2 группы, обнаружены следующие внешние стигмы: короткая уздечка языка (соответственно, 76,0% и 30,0%), высокое небо (60,0% и 10,0%), диастаз прямых мышц живота (56,0% и 13,3%), сосковый гипертелоризм (46,0% и 13,3%), гипотелоризм глаз (50,0% и 16,6%), низкорасположенные уши (40,0% и 6,6%).

Выводы: Внешние проявления дисплазии соединительной ткани при малых аномалиях развития сердца характеризуются множественными вариациями, значительной гетерогенностью количественных и качественных диапазонов, сочетаний.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПРОЦЕСС КЛЕТОЧНОГО СТАРЕНИЯ

Улугбекова Г.Ж., Фозилжонов О.Ш,
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Старение — много причинный процесс, вызываемый многими факторами, действие которых повторяется и накапливается в течение всей жизни. Старение приводит к функциональной неполноценности клеток различного типа. Более того, глубокие возрастные изменения метаболизма, функции и структуры заканчиваются не только функциональной дефектностью клеток, но и в конечном итоге приводят к их гибели. Однако даже функционально однородные клетки стареют в неодинаковом темпе.

Цель исследования. Установить закономерности структурных преобразований щитовидной железы человека на этапах старения.

Методы исследования. Для органометрии и гистологического исследований использовались щитовидные железы 50 людей обоего пола (27 мужчин и 23 женщин).

Результаты исследования. Система «щитовидная железа» имеет наименьшую упорядоченность у мужчин и женщин в пожилом возрасте и у долгожителей. Форма щитовидной железы генетически детерминирована, однако доли ее с возрастом подвержены изменению.

У мужчин чаще встречаются железы, имеющие форму «бабочки», железы с пирамидальным отростком (долей), железы полулунной формы, а у женщин железы в виде буквы «Н», в форме «бабочки», с толстым и широким перешейком и без перешейка. Наиболее интенсивно изменение размеров щитовидной железы у мужчин происходит в возрасте от 61 до 74 лет, а у женщин от 56 до 74 лет. Размеры правой доли превалируют над размерами левой доли, что подтверждает наличие асимметрии.



По данным ультразвукового исследования наиболее распространенными формами долей щитовидной железы является правильный эллипсоид, эллипсоид уплощенный в сагиттальной плоскости, эллипсоид, вытянутый по продольной оси Железы, доли которых, имеют форму эллипсоида уплощенного во фронтальной плоскости и эллипсоида, укороченного по продольной оси распространены в меньшей степени

В процессе старения происходит изменение структуры щитовидной железы, проявляющееся в снижении относительного объема фолликулярного эпителия, относительного объема коллоида, относительного объема сосудистого русла и повышении относительного объема интерфолликулярного эпителия, относительного объема стромы

По данным лазерной доплеровской флоуметрии, в процессе старения уменьшается перфузия ткани щитовидной железы и повышается роль пассивных механизмов модуляции кровотока

Наиболее существенны изменения формы, объема, структуры щитовидной железы и ее микроциркуляции у мужчин происходит в возрасте от 61 до 74 лет, а у женщин от 56 до 74 лет, что позволяет сделать предположение о возможном критическом периоде в этих возрастных группах

Вывод. Нами был проведен цитогенетический анализ хромосом клеток лимфоцитов периферической крови людей возрастной группы без патологии ЩЖ (59—75 лет). Цито-генетический анализ хромосом клеток лимфоцитов периферической крови в возрасте 75 лет без патологии ЩЖ выявил единичные асимметричные транслокации хромосом.

Известно, что структурные aberrации хромосом относятся к тому типу генетических нарушений, которые вносят свой вклад в многофакторный процесс старения. Нестабильные хромосомные aberrации — дицентрики, кольца, фрагменты — приводят к гибели клеток, стабильные — транслокации, инсерции — могут влиять на процесс клеточного старения. На основании полученных данных можно заключить, что независимо от патологии ЩЖ при старении наблюдаются различные хромосомные aberrации.

АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОМИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПИЩЕВОДА

Улугбекова Г.Ж., Фозилжонов О.Ш, студент 1 курса 116в гр лечебного факультета, Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Исследования в области структурного становления пищевода как органа актуальны и в настоящее время. Это обусловлено частотой гастроэзофагального рефлюкса у новорождённых и детей младшего возраста, ростом



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



числа больных раком пищевода, а также требованием более чёткого понимания васкуляризации пищевода в связи с реконструктивными операциями.

Цель исследования. Изучить становление гемомикроциркуляторного русла слоев стенки и сосудисто-тканевых взаимоотношений в пищеводе плодов человека разных сроков гестации.

Методы исследования. Объектом служили эмбрионы и плоды человека в сроки 5-38 недель развития.

Результаты исследования. В слизистой оболочке пищевода плодов человека формируется основной объём венозного отдела внутриорганный кровеносный русла. Подслизистое венозное сплетение выявляется с 17-18 недель гестации. К 26-28 неделям формируются две венозные сети, расположенные у основания слизистой оболочки и снаружи от мышечной пластинки слизистого слоя. Диаметр вен наружной венозной сети достоверно больше вен внутренней сети.

Созревание мышечной оболочки пищевода плодов человека непосредственно связано с прорастанием кровеносных сосудов. В кровеносном сплетении мышечной оболочки основная масса артерий и вен располагается параллельно группам мышечных волокон.

В поздний фетальный период (28-38 недель) в пищеводе плодов человека в пределах подслизистой основы, мышечной и адвентициальной оболочек структурно и топографически оформляются кровеносные сплетения, среди которых преобладают вены и сосуды синусоидного типа.

Сочетание классических анатомических и гистологических методик (инъекция кровеносного русла и гистологическая докраска) позволяет изучить компоненты гемомикроциркуляторного русла пищевода плодов человека при сохранении целостности сосудисто-тканевых взаимоотношений.

Становление гемомикроциркуляторного русла оболочек пищевода человека протекает в несколько этапов: 1) появление венозных и артериальных протокапилляров на 6-й неделе развития эмбриона; 2) специализация артерий и вен (от 6 до 11-12-недельного возраста); 3) формирование кровеносных сетей и сплетений пищевода (с 11-12-недельного срока до рождения плода).

Внутриорганные артерии пищевода плодов равномерно распределяются на всем его протяжении, независимо от числа подходящих внеорганных артерий.

Формирование собственной капиллярной сети слизистой оболочки пищевода человека продолжается до конца внутриутробного развития.

В течение пренатального ангиогенеза в пищеводе появляется морфологическая основа регуляции внутриорганный кровотока формирование мышечной оболочки артерий; появление после 30 недель клапанов вен; широкое анастомозирование венозных компонентов между сетями и сплетениями; контакт венозных компонентов с мышечными волокнами мышечной пластинки слизистой оболочки.



Вывод. Данное исследование расширяет и углубляет сложившиеся классические представления о динамике перестройки микрососудистого русла формирующегося пищевода млекопитающих.

Исследование имеет и практическое значение, реализуемое через внедрение результатов в образовательный процесс, подготовку высококвалифицированных специалистов, научно-лабораторную сферу и медицинскую практику.

Результаты послужат фундаментальной основой для диагностики, планирования и проведения лечебных и реабилитационных мероприятий при эзофагальной патологии.

ОСОБЕННОСТИ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПОПАЗИИ ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Улугмуродова К.Б., Якубов Р.К.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Актуальность. Существует огромное количество исследований височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) у лиц различных возрастов в норме, при юношеских и старческих изменениях, нарушении прикуса, адентии, мышечных дисфункциях, травмах и т. д. Однако до сих пор достаточно не изучено состояние ВНЧС у контингента населения с врожденным недоразвитием одной или обеих ветвей нижней челюсти. Гипоплазия нижней челюсти и жевательных мышц приводит к нарушению миодинамического равновесия и прикуса, что не может не сказываться на состоянии ВНЧС с условно здоровой стороны (при одностороннем поражении). Помимо эстетических жалоб, пациенты с краниофациальной микросомией испытывают нарушение функций внешнего дыхания и пережевывания пищи.

Цель исследования. Продемонстрировать эффективность использования многосрезовой компьютерной томографии при оценке формы и размеров челюстей и лицевых костей и выборе метода местного лечения детей с различными проявлениями гипоплазии.

Материал и методы. Нами в клинике детской челюстно-лицевой хирургии обследованы 48 больных детей с врожденными деформациями - гемифациальной микросомией в различные периоды развития. Проведен анализ ранее выполненных ортопантомограмм. МСКТ была проведена всем пациентам.

Результаты исследования. У всех больных были выявлены клинорентгенологические изменения челюстных костей и лицевого скелета. У 28 больных отмечалась гипоплазия ветви нижней челюсти с значительным уменьшением размеров суставной головки. У 15 больных отмечалась гипоплазия тела и ветви с аплазией суставного отростка и головки. У всех больных отмечалась деформация лицевого скелета с уменьшением линейных размеров и объема с соответствующей стороны. Кроме этого, у



24 из них были выявлены признаки искривления перегородки носа, гемисинуситов, этмоидитов и фронтитов. Полученные **Результаты** способствовали выбору оптимального в данном возрасте ортодонтического метода и сроков исправления деформации с ремоделированием костей лица. Это указывает на то, что в некоторых случаях следует отказаться от проведения радикального оперативного лечения и как альтернативное – воспользоваться щадящим, иногда единственным и самым оптимальным, позволяющим не только предупредить развитие осложнений, но и плавно устранить уже существующие. Метод мультисрезовой компьютерной томографии позволяет объективно оценить эффективность проводимого лечения.

Выводы. Таким образом, мультисрезовая компьютерная томография позволило нам выявить вид патологии - гипо- аплазию, элонгацию или отставание роста, размеры и заболевания околоносовых пазух, искривление перегородки, а также факторы риска осложнений, что не всегда удаётся при использовании других методов лучевой диагностики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Умаров Ф.Х., Матанов З.М.

«ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии» МЗ РУз, г.Ташкент

Актуальность. Остеопения и остеопороз характеризуются многофакторностью и высокой распространенностью. Часто в детском и подростковом возрасте они протекают бессимптомно [1]. Согласно классификации у детей и подростков выделяют первичный и вторичный остеопороз [2, 3]. Первичный остеопороз в основном связан с генетическими нарушениями. Исключение в этой группе составляет ювенильный идиопатический остеопороз, состояние с неизвестной патофизиологией, при котором не найдены генетические нарушения, однако не исключается поиск возможных генов-кандидатов. Вторичный остеопороз включает обширную группу патологии и может возникнуть на фоне снижения двигательной активности, нарушения полового развития, недоедания, низкого уровня витамина D, кальция, магния, низкой массы тела, присутствия соматических заболеваний, при лечении глюкокортикоидами и другими медикаментозными препаратами, нарушающими метаболизм кости.

Отмечается увеличение количества детей и подростков с пониженными возрастными темпами скопления массы костной ткани, низким уровнем минеральной плотности костной ткани (МПК) и низкоэнергетическими переломами. Эта проблема широко освещается в научной литературе.



Цель исследования: оценить показатели МПК у детей и подростков с низкоэнергетическими переломами длинных костей и изучить некоторые биохимические параметры костного метаболизма.

Материалы и способы. Нами в клинике детской травматологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии Министерства Охраны Здоровья Республики Узбекистан (РСНПМЦТО) были изучены данные клинических, рентгенологических и лабораторных методов исследования 230 детей и подростков (173 мальчика и 57 девочек) в возрасте от 6 до 17 лет, находившихся на лечении по поводу низкоэнергетического перелома длинных костей. Исследован индекс массы тела, показатели костной денситометрии, витамина Д, кальция, фосфора и щелочной фосфатазы.

Результаты. Переломы происходили преимущественно у 41,3% в плечевой кости и 43% в костях предплечья. У 20% детей и подростков с переломом было отклонение от нормальных показателей индекса массы тела (ИМТ). Низкие показатели МПК у 86 из 230 обследованных выявлены в поясничном отделе позвоночника, из них только у 66 (76,7%) нарушений МПК присутствовало в проксимальном отделе бедренной кости. Проведен анализ показателей МПК по группам дошкольный, младший и старший школьный возраст. При оценке статуса витамина D нормальные показатели выявлены у 19,3% девочек и 9,2% мальчиков. По показателям МПК и витамина D у мальчиков зависимость признаков была статистически значима в младшей и старшей школьной группе, у девочек – только младшего школьного возраста. Выявлен снижение кальция и повышение щелочной фосфатазы.

Вывод. Низкие показатели МПК, витамина D, нарушения фосфорно-кальциевого обмена и ожирения у детей и подростков могут рассматриваться как предиктор перелома.

ВЛИЯНИЕ ШКОЛЬНЫХ НАГРУЗОК НА СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Умарова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность. Вопрос изучения поведенческих реакций детей и подростков в школах является актуальным.

Целью работы была изучение особенностей психоэмоциональных реакций детей и подростков.

Результаты. Исследования проводились у 250 здоровых школьников г. Андижана 7-11 лет (56 девочек и 70 мальчиков) и 12-17 лет (59 девочек и 65 мальчиков) с применением методики фрустрационной толерантности. У школьников, проживающих в социально-культурных условиях Ферганской долины, в целом отличается сниженная



толерантность к фрустрации, что проявлялось выраженностью экстрапунитивных (внешне направленных) реакций самозащитного типа ($p < 0,05$). У детей 7-11 лет несколько другой тип эмоционального реагирования. Некритично оценивая ситуацию, младшие школьники чаще приписывают вину окружающим, чем берут ответственность на себя. Характерны также реакция продолжения потребностей ($P < 0,05$), чем у подростков. Соотношение между типами реакции и их направленностью более равномерное. Психоэмоциональное реагирование на фрустрацию адекватнее. Наряду с экстрапунитивными реакциями характерны интра- и импунитивные. У подростково-школьников констатируется рост экстрапунитивных реакций самозащитного типа ($p < 0,001$) по сравнению с детьми 7-11 лет.

Вывод. Период интенсивного полового развития (12-17 лет) характеризуется значительным психоэмоциональным напряжением, перенапряжением физиологических защитных механизмов, что выражает характер адаптивного реагирования на школьные нагрузки.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НА ОРГАНИЗМ ДЕТЕЙ.

Умарова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) - это нарушение синтеза гемоглобина вследствие дефицита железа, развивающегося при различных патологических состояниях. ЖДА страдает 80%-85% всех пациентов с анемией. Женский пол болеет значительно чаще, чем мужской. По данным ВОЗ 1 788 600 000 жителей земли страдает железодефицитной анемией.

Цель. Изучить ранние симптомы и лабораторные показатели ЖДА у детей школьного возраста .

Материалы и методы исследования. Обследованы 200 детей в возрасте от 5 до 10 лет.

Результаты В результате проведенного анализа было выявлено, что у 80% обследованных детей низкие показатели красной части крови, у 87,6% выявлена легкая степень, а у 10% случаев средней степени тяжести ЖДА, в большинстве случаев у девочек. Одним из симптомов анемии установлена усталость (82%), слабость (74%), бледность кожных покровов (84,7%), снижение аппетита (80%), извращенный вкус (8%), снижение успеваемости в школе (38%), низкая масса тела детей (30%).

Вывод. Таким образом, **Результаты** исследования показали, что ЖДА не только сопровождается снижением показателей крови, но и влияет на физическое, психомоторное развитие детей школьного возраста.



Учитывая данную ситуацию, считаем необходимым проведение массовой профилактики и лечения ЖДА у детей школьного и дошкольного возраста по Ферганской долине.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПОКСИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Умарова У.А., Абзалова М.Я., Ахралов Ш.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Перинатальные гипоксически-ишемические поражения головного мозга у новорожденных детей наблюдаются в 15–30% случаев, а у недоношенных детей могут составлять около 40%.

Цель исследования. Оценить возможности лучевых методов диагностики при гипоксии-ишемических энцефалопатиях у детей.

Материалы и методы исследования. Исследования проведено в клинике ТашПМИ на ультразвуковом аппарате Aplio 500 и NDC-medical center на магнитно-резонансном томографе «XGY OPER» 0,4 тесла с мощностью магнитного поля 1,5Т. В исследование были включены 37 новорожденные с перинатальным поражением головного мозга, получавших лечение в реанимационном отделении и в отделении патологии новорожденных на первом месяце жизни. Гестационный возраст новорожденных 27 детей колебался от 28 до 34 недель. Недоношенные дети составили 13 (48,1%) от 37 новорожденных детей.

Результаты исследования. Всем детям было проведено нейросонография (НСГ) головного мозга и магнитно-резонансная томография (МРТ). Частота ишемических изменений у недоношенных новорожденных детей была выше, чем у детей, доношенных. Изолированные пери/интравентрикулярные кровоизлияния (ПИБК) I степени, описываемые как субэпидимальные гематомы на фоне неизменной экзогенности перивентрикулярных зон, имели место у доношенных 6,8% и у 14,4% детей недоношенной подгруппы. У новорожденных детей выявляемые изменения были двусторонними в 31,8% наблюдениях. Основными эхопризнаками ГИЭ при НСГ у новорожденных определяли следующие изменения: у 48,6% асимметричные расширение желудочков, увеличение желудочкового индекса у 16,2%, повышение экзогенности паренхимы мозга 40,5%, псевдокисты 45,9%, усиление пульсации сосудов 43,2%, также неровные контуры сплетений 21,6% случаев. В результате исследования при МРТ головного мозга у новорожденных были выявлены следующие изменения: у 54,1% асимметричные расширение желудочков, атрофические изменения полушарий головного мозга 24,3%, перивентрикулярные кисты у 18,9%, порэнцефалические кисты 8,1%, кисты в области подкорковых ганглий 10,8%, атрофические подкорковые изменения, мезиальный темпоральный склероз 8,1%, повышение интенсивности паренхимы мозга у 62,2%, очаги



демиелинизации полушарий головного мозга 5,4%, также атрофические изменения мозжечка 5,4%. В целом доля патологических изменений легкой степени была статистически значимо меньше у доношенных детей по сравнению с недоношенными. Наибольшая частота легких структурных изменений имела место у детей с доношенных при сравнении с недоношенными. Изменения средней степени тяжести встречались у недоношенных новорожденных с идентичной частотой (51,0% и 50,2%). Структурные повреждения тяжелой степени с закономерно большей частотой выявлялись у недоношенных новорожденных (62,1%) по сравнению с доношенными детьми (26,3%), соответственно.

Выводы. Таким образом, МРТ головного мозга является необходимым для выявления тонких «скрытых» структурных изменений, особенно в подкорковых зонах головного мозга, не визуализированных с помощью НСГ.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Умарова У.А., Манашова А.Р., Турдиев Ф.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) у новорожденных является основной причиной неонатальной летальности и развития тяжелых неврологических нарушений, определяющих качество жизни этих детей. В развитых странах частота диагностики гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) среди новорожденных составляет 1–6 на 1000 живорожденных новорожденных. Своевременная диагностика и лечение повреждений головного мозга являются залогом активного предупреждения тяжелых и плохо поддающихся лечению психоневрологических расстройств (Барашнев Ю.И. 2006, Яцык Г.В. 2012). В связи с этим, ранняя неинвазивная оценка состояния структур мозга и мозгового кровообращения представляется проблемой первостепенной важности.

Цель исследования. Оценка возможности магнитно-резонансной томографии при гипоксически-ишемических поражениях головного мозга у детей.

Материал и методы. Исследования проведено в клинике NDC-medical center на магнитно-резонансном томографе «XGY OPER» 0,4 тесла с мощностью магнитного поля 1,5 Т. В исследование были включены 97 новорожденных, из них 51 (52,6%) с перинатальным поражением головного мозга, получавших лечение в реанимационном отделении и в отделении патологии новорожденных на первом месяце жизни.

Результаты исследования. При выполнении МРТ у 51 новорожденных основной группы выявлены следующие изменения: диффузные гипоксически-ишемические повреждения головного мозга – 19 (37,2%) детей, очаги ишемии различной



локализации – 7 (13,7%) детей, внутрочерепные кровоизлияния – 8 (15,7%) детей, задержка миелинизации – 6 (11,8%) детей, аномалии развития головного мозга – 5 (9,8%) детей. У 6 (11,8%) детей структурная патология не выявлена. В группе новорожденных с диффузными гипоксически-ишемическими повреждениями головного мозга у 11 (21,6%) детей отмечалось повышение сигнальных характеристик на ДВИ преимущественно в перивентрикулярной области, у 6 (11,8%) детей – в субкортикальной зоне, у 4 (7,8%) детей – в области базальных ядер и таламуса. 9,8% (5) детей имели диффузное гипоксически-ишемическое повреждение головного мозга с выраженным повышением сигнальных характеристик в перивентрикулярной и субкортикальной зонах с исходом в кистозную энцефаломалацию. Следует отметить, что у всех новорожденных с внутрочерепными кровоизлияниями выявлены гипоксически-ишемические повреждения головного мозга различной степени выраженности. В группе детей с задержкой миелинизации у 6 новорожденных (11,8%) и в группе детей с аномалиями развития головного мозга у 4 новорожденных (7,8%) также зарегистрированы гипоксически-ишемические изменения, проявляющиеся повышением сигнальных характеристик в режимах DWI и T2 WI.

Выводы. МРТ является объективным методом для выявления гипоксически-ишемического повреждения головного мозга у новорожденных. Использование такого метода нейровизуализации, как МТР, у новорожденных позволяет правильно оценить состояние ребенка на ранних этапах, что в свою очередь поможет своевременно подобрать комплекс лечебных мероприятий, способствующих уменьшению в дальнейшем неврологического дефицита, повышению качества жизни ребенка.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ СРЕДИ НАРКОМАНОВ

Умурзаков О.Т., Мамасолиев Н.С., Содикова Д.Т., Мамасолиева Ш.А., Усманов Б.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования – изучить распространенность хронических гастродуоденитов (ХГД) у популяции наркоманов.

Материал и методы. Для эпидисследования сформирована репрезентативная группа из 590 наркоманов в возрасте 15-49 лет и старше. Источником формирования выборки были списки населения наркоманов, прикрепленных к районам обслуживания городского наркологического диспансера и областной психиатрической больницы г.Андижана. Использовались эпидемиологические методы и **Результаты** исследования анализировались на компьютере Pentium с помощью специализированной программы «Statistica 5».

Результаты. Данные показали, что ХГД определяется с частотой 11,2%. Высокие уровни ХГД установлены в группе наркоманов от 30 до 34 лет (2,1%) и от 20 до 24



лет (1,3%). В возрастных группах до 20 лет, 35-39, 40-44 и 45 лет и старше ХГД не регистрировался, а в возрасте 25-29 лет отмечался с частотой не более 0,5%. В разных возрастных группах ХГД у обследованных выявлялся с нарастанием на 2,0% или в 4,1 раза ($P < 0,01$).

Сравнительно часто (18,3%) выявлялся хронический поверхностный гастрит по сравнению с эрозивным гастритом (12,5%), $P < 0,05$. Эти патологии в различных возрастных группах наркоманов отмечались следующей частотой соответственно: в возрасте до 20 лет – 8,3 и 16,7% ($P < 0,01$), в 20-24 года – по 25,5 и 13,3% ($P < 0,05$), в 25-29 лет – по 20,3 и 12,5% ($P < 0,05$), в 30-34 года – по 17,9 и 12,2% ($P < 0,05$), в 35-39 лет – 11,1 и 16,1% ($P < 0,05$) и в 40-44 года – по 15,2 и 3,0% ($P < 0,001$).

Выводы. Эти данные, безусловно, имеют научно-практическое значение в ориентации лечебно-профилактических программ ХГД у больных наркоманов.

НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.

Ураков Ш.Т., Махманазаров О.М.
Бухарский государственный медицинский институт им Абу Али Ибн Сино

Актуальность. При подготовке к операциям и в послеоперационном периоде при острой кишечной непроходимости (ОКН) у больных с циррозом печени (ЦП), важное значение имеет изучение изменений системной гемодинамики: сердечного выброса (СВ), объема циркулирующей крови, артериального давления (АД) и общего периферического сосудо-дистого сопротивления (ОПСС). Одним из факторов, способствующих развитию гипердинамического кровообращения при ЦП, является синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке.

Цель исследования. Оценить роль синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке в развитии гемодинамических сдвигов при ОКН у больных циррозом печени.

Материал и методы. В исследование были включены 52 больных ОКН с циррозом печени и 16 клинически здоровых лиц, составивших контрольную группу. У всех обследованных проведены диагностика СИБР с использованием водородного дыхательного теста с лактулозой, определение уровня С-реактивного белка (СРБ) в плазме крови и эхокардиографическое исследование с одновременным определением артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений, рассчитаны основные гемодинамические показатели: среднее АД, сердечный выброс (СВ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС).



Результаты. Включенные в исследование больные ОКН и ЦП и клинически здоровые лица были сравнимы по возрасту ($48,9 \pm 12,9$ года vs $46,7 \pm 7,7$ года; $p = 0,541$), индексу массы тела — ИМТ ($25,0 \pm 3,4$ кг/м² vs $26,2 \pm 4,5$ кг/м²; $p = 0,278$) и полу (мужчины/женщины: 24/26 vs 6/9; $p = 0,789$). ЦП был компенсированным (класс А по Child-Pugh) у 20 человек, декомпенсированным у 32 человека, в том числе класса В у 20, класса С у 13 человек. СИБР выявлен у 26 (50%) больных ЦП, которые составили группу ЦП-СИБР(+), а больные ЦП без СИБР вошли в группу ЦП-СИБР(-). Группы ЦП-СИБР(+) и ЦП-СИБР(-) также были сравнимы по возрасту ($49,1 \pm 12,9$ года vs $48,7 \pm 13,3$ года; $p = 0,904$), ИМТ ($25,2 \pm 4,2$ кг/м² vs $24,7 \pm 3,2$ кг/м²; $p = 0,636$), полу (мужчины/женщины: 13/13 vs 11/13; $p = 0,785$) и тяжести течения ЦП (баллы по Child-Pugh: $8,31 \pm 2,40$ vs $7,83 \pm 2,14$; $p = 0,465$). СИБР был выявлен у 45% (9 из 20) больных компенсированным ЦП и 46,9% (15 из 32) больных декомпенсированным ЦП.

ФВ была значимо ниже у больных ЦП независимо от наличия СИБР, который не оказывал на нее значимого влияния. Это свидетельствует в пользу того, что при ЦП наблюдается незначительное снижение систолической функции ЛЖ, но оно не связано с наличием СИБР.

У больных ОКН с циррозом печени с СИБР, по сравнению с больными ОКН с циррозом печени без СИБР, были ниже среднее АД ($82,7 \pm 9,0$ мм рт. ст. vs $92,0 \pm 14,0$ мм рт. ст.) и ОПСС ($16,4 \pm 4,4$ мм рт. ст. × мин/л vs $21,3 \pm 5,3$ мм рт. ст. мин/л), а также выше СВ ($5,38 \pm 1,41$ л/мин vs $4,52 \pm 1,03$ л/мин) и концентрация СРБ в плазме крови ($1,2 \div 10,5 \div 16,5$ мг/л vs $0,6 \div 2,8 \div 9,1$ мг/л). СИБР приводил к подобным изменениям только у больных ОКН декомпенсированным ЦП. При этом значимые гемодинамические нарушения практически не выявляли у больных ОКН декомпенсированным ЦП без СИБР и ОКН компенсированным ЦП независимо от наличия СИБР. У больных ОКН с циррозом печени выявлена значимая корреляция концентрации СРБ в плазме крови с ОПСС ($r = -0,367$; $p = 0,009$) и СВ ($r = 0,313$; $p = 0,027$), но не со средним АД ($r = -0,227$; $p = 0,113$).

Выводы.

СИБР при ЦП играет важную роль в развитии вазодилатации, артериальной гипотензии и гипердинамического кровообращения.

Гипердинамическое кровообращение (повышенное СВ), артериальная гипотензия (снижение САД, ДАД и СрАД) и артериальная вазодилатация (снижение ОПСС) развиваются практически только у больных декомпенсированным ЦП с СИБР.

Системное воспаление развилось в основном у больных ОКН декомпенсированным ЦП с СИБР, которая приводит к увеличению интенсивности системного воспаления независимо от степени компенсации ЦП

Поскольку эти гемодинамические нарушения усугубляют течение портальной гипертензии, терапия, проводимая с целью устранения СИБР, может уменьшить ее выраженности, что имеет важное значение в периперационной подготовке при ОКН у больных ЦП



ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИИ СЕМЬИ И ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ураков Б.Ш,

Государственная специализированная общеобразовательная школа №2 Самаркандского района- преподаватель биологии

Актуальность: Здоровый образ жизни человека – это большой комплекс биологически и социально целеустремленных и целесообразных методов и средств жизнедеятельности, соответствующих потребностям и возможностям человека, которых она сознательно придерживается с **Целью** обеспечения формирования, сохранения и укрепления здоровья, способности к продолжению рода и достижению активного долголетия. Здоровый образ жизни населения – такой образ его жизни, который обеспечивает сочетание полноценной биологической и социальной адаптации каждого человека с возможностью максимального самовыражения народа, нации, класса, социальной группы в конкретных условиях жизни и который предопределяет и обеспечивает последующее развитие общества. Методы и средства здорового образа жизни включают целый комплекс субъективных и объективных условий и факторов, от которых зависит здоровье отдельного человека и общества в целом. **Цель работы:** оценить влияние экологии семьи и образа жизни на состояние здоровья детей школьного возраста.

Материал и методы исследования: в ходе исследования были составлены социальные портреты семей 113 школьников первых классов и оценены сформированность понятия здорового образа жизни у их родителей по данным опроса с тестированием родителей с помощью методики анализа семейного воспитания.

Результаты исследования: По данным нашего исследования 82,6% воспитывались в полных, а 17,4% – в неполных семьях. 46,6% семей имели только одного ребёнка, 41,9% имели двоих детей. Многодетных семей было 11,5%. Данные анкетирования позволили уточнить уровень образования матерей и отцов и их социальный статус. Образовательный уровень был выше среди отцов: высшее образование имели 44,5%, среднее специальное – 37,8% и среднее только 18%. Среди матерей учащихся около 43% имели средне-специальной и 33% высшее образование, остальные получили только среднее образование 22%. В программу нашего исследования входило изучение аспектов заинтересованности в формировании здорового образа жизни, и родители смогли достаточно открыто ответить на вопрос о наличии вредных привычек в семьях. Выяснилось, что одна треть из них указала на курение отца, около 8% – к вредным привычкам у себя нерациональное питание и почти 5% – малоподвижный образ жизни. Остальные 44% родителей считают, что не имеют вредных привычек. В противовес этому 40% родителей выделили спорт и физическую культуру, как важную часть здорового образа жизни, остальные 35% – правильную организацию питания в



семье Важной составляющей социального портрета семьи является характеристика родителей своих взаимоотношений с детьми, а также используемые методы воспитания. С точки зрения самих родителей в большинстве семей преобладают спокойные взаимоотношения 78%, в остальных случаях преобладает эмоциональное общение 17% и неустойчивые отношения 5%. В нашем исследовании были получены данные, говорящие о высоком уровне интеллекта его вербальной и невербальной составляющей у половины первоклассников 51,6%. Средний уровень имел место у 40,8% детей и низкий только у детей 7,4%. Однако полное психологическое тестирование выявило, что не все дети готовы к периоду обучения в школе. У одной пятой (18%) первоклассников не развито свободное речевое развитие, у 38% – зрительное восприятие, у 40% не сформирована учебная мотивация – недостаточный интерес к обучению и формальное и беспечное отношение к школе. Таким образом, неготовность некоторой части детей к обучению повышает риск тревожности и снижает вероятность приспособления и адаптации ребёнка к стрессовым ситуациям, а при низкой школьной мотивации не приходится ожидать высокой результативности в целом образовательной деятельности.

Выводы: На основании проведённого исследования можно утверждать, что среди групп факторов, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья детей школьного возраста, в дополнение к школьным факторам наиболее значимыми являются: условия жизнедеятельности (семья) и факторы медикосоциального риска (неполные семьи), увеличение стрессовых ситуаций в повседневной жизни (в семье и в процессе обучения) и негармоничный стиль семейного воспитания. Приведенные данные подчеркивают необходимость внимания со стороны государственных структур и общественных организаций к проблемам семьи, так атмосфере любви, уважения и взаимопонимания.

РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ, РЕАЛЬНАЯ И ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ

**Уринбоев Б. Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.
Андижанский государственный медицинский институт,
Кафедра психиатрии и наркологии**

Актуальность. Отношение детей к наркотикам во многом зависит от стиля семейного воспитания. Доброжелательность и поддержка семьи помогают воспитать в детях чувство собственного достоинства, уверенности в себе и способность отстаивать собственное мнение. Лучшим иммунитетом к наркотикам является оптимистическая, активная, целеустремленная и конструктивная жизненная позиция. Детям очень важно внимание близких людей, доверительное общение с ними. Родители должны уметь слушать и слышать детей, вникать в суть их проблем, учить анализировать ситуации, давать советы по соблюдению правил личной безопасности.



Родители должны быть настоящими друзьями своему ребенку. Если у него возникли проблемы (с наркотиками, в общении со сверстниками и др.), нужно помочь принять верное решение, при необходимости убедить обратиться за помощью. Не каждый, кто пробует наркотики, обязательно станет наркоманом, но каждый, кто уже привык к ним, начал с того, что однажды попробовал.

Целью исследования явилось изучение распространенности наркотизации среди подростков г. Андижана.

Материалы и методы исследования. Для решения этой задачи нами было проведено анонимное анкетирование учащихся старших классов (9-11) нескольких школ г. Андижана.

Результаты исследования. Всего было обследовано 624 учащихся. Анонимное анкетирование показало, что о наркотиках знали все респонденты.

Наиболее частым источником информации является телевидение. Так, 462 (74, 0%) подростков впервые узнали о наркотиках узнали через телевидение и видео, 75 (12,0%) – от родителей, 34 (5,4%) – от друзей, 28 (4,5%) – от учителей, 13 (2,1%) – из прессы, 12 (1,9%) человек – от других источников. Следует отметить, что только в 12% случаев о наркотиках подростки узнавали от родителей, что указывает на то, что родители должны более тесно общаться со своими детьми и проводить профилактику наркомании уже в семье.

Важную роль играет эмоциональный контакт ребенка и родителей. Ведь в семье, где ребенок получает правильное воспитание, где он может говорить с родителями на любые темы, где родители раскрывают сущность наркомании, говорят о её пагубности, не развивается пристрастие к наркотикам.

Выводы: Таким образом, родительские навыки, в том числе считаются важным факторов в профилактике наркомании детей. Родители могут улучшить свои образовательные навыки, дав образование детям при высоком уровне самооценки и привить правильные жизненные навыки и ценности, которые по обыкновению любят обсуждать друзьями и сверстниками.

Это действие может быть эффективным только, когда родители будут примером для своих детей, показывая честность, терпимость и все положительные качества.

Данные нашего исследования показывают, что уже в подростковом возрасте проблема наркомании является чрезвычайно актуальной и в решении этой проблемы большую роль должна играть семья.



ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МАММОСКРИНИНГА ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОПЛАЗИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Ибрагимова М.А.
Андижанский государственный медицинский институт
кафедра онкологии и медицинской радиологии.

Актуальность и востребованность темы диссертации. На сегодняшний день, согласно данным ВОЗ и Европейской ассоциации, рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре онкологических заболеваний. Согласно канцер-регистру и медико-статистическому отделу Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, также в Узбекистане РМЖ на первом месте, является главной причиной инвалидности женщин, заболевших злокачественными опухолями.

Целью исследования является усовершенствование обнаружения на ранних стадиях рака молочной железы и предраковой патологии путем применения мер массовой профилактики.

Методы исследования. В исследовании использованы методы эпидемиологического, общеклинического, биохимического, инструментального, специального, морфологического и статистического исследований.

Результаты исследования: В городе Андижане прошли медицинский осмотр 1116 женщин. Анализ заключений ультразвукового исследования дали следующие **Результаты:** здоровые женщины — 535 (49,7%); фиброзно-кистозная мастопатия — 163 (14,6%); фиброзная мастопатия — 140 (12,5%); узловатая мастопатия — 64 (5,7%); диффузная мастопатия — 30 (2,68%); кистозное поражение молочной железы — 95 (8,51%); фибroadенома — 13 (1,16%); болезнь Минца — 13 (1,16%) и подозрение на злокачественную опухоль — 11 (0,98%). Другие заболевания как галактоцеле, атерома и липома обнаружены у 2 (0,26%) и 1 (0,089%) женщины.

В Андижанском районе у более чем половины женщин, обследованных только с профилактической **Целью**, в молочных железах обнаружены различные патологические состояния, из них — 130 (12,2%) фиброзная мастопатия; 153 — (14,3%) фиброзно-кистозная мастопатия и у 54 (5%) — узловатая мастопатия. Согласно полученным результатам, у почти 50 % обследованных женщин обнаружена патология молочной железы.

Вывод: Согласно по результатам исследования ультразвуковое обследование даёт возможность улучшения оптимизации скрининговых программ при ранней диагностике и профилактике рака и предраковых заболеваний молочной железы.



ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Уроков Ш.Т., Холиков Ф. Й.

Кафедры хирургических болезней и реанимации, Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи г. Бухара, Республика Узбекистан.

Актуальность. Многие авторы указывают на то, что до 11 % больных ЖКБ после выполнения холецистэктомии при повторном обследовании имеют клинику гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, рефрактерной к консервативной терапии и требующей хирургического лечения.

Цель работы: усовершенствовать одноэтапный хирургический подход к лечению больных с ЖКБ, сочетанной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и определить оптимальные методы хирургической коррекции грыжевого дефекта.

Материалы и методы исследования. Основой работы является клинический анализ результатов обследования и лечения 70 пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в сочетании с ЖКБ. Основную группу составили 36 пациентов, которым были выполнены симультанные операции по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в сочетании с ЖКБ, с использованием усовершенствованной методики выбора хирургической тактики, проведены оригинальные исследования на клинических базах кафедры эндоскопии и хирургии РНЦЭМПБ за период с 2020 по 2022 гг.

В контрольную группу вошли 34 пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, которым ранее была выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ.

Результаты и их обсуждение. При выполнении холецистэктомии вторым этапом снижается риск возможного инфицирования зоны антирефлюксного вмешательства, появляется возможность оценки гемостаза в зоне пищеводно-желудочного перехода и выявления интраоперационных осложнений через 15-20 мин (по окончании холецистэктомии). Кроме того, это рационально, так как антирефлюксные операции более сложны технически.

Всем больным контрольной группы была выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ в различных клиниках и в различные сроки за последние 10 лет. Диагноз сопутствующей гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы был установлен у 12 (35,3 %) больных контрольной группы до выполнения ЛХЭ. У всех данных больных рефлюксные жалобы усилились после перенесенной ЛХЭ. У остальных 22 (64,7 %) больных контрольной группы при



Цельная диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы до выполнения ЛХЭ не производилась. Однако у всех данных больных анамнестически были характерные рефлюксные жалобы до перенесенной ЛХЭ, которые также усилились в послеоперационном периоде, что и заставило данных больных пройти эндоскопическое и рентгенконтрастное исследования, после которых был установлен диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. У больных основной группы чаще всего диагностировали гастроэзофагеальной рефлюксной болезни II-III ст. на фоне небольших грыжей пищеводного отверстия диафрагмы I-II ст. Распределение больных в зависимости от факторов выбора хирургической тактики по оригинальной формуле представлено. В контрольной группе всем больным проводили лапароскопическую коррекцию грыжей пищеводного отверстия диафрагмы с выполнением задней крурорафии, дополненной аллопластикой – 5 больным (14,7%).

Выводы: При выполнении лапароскопических оперативных вмешательств у боль-ных ЖКБ, сочетающейся грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, исходя из принципов асептичности, должна соблюдаться определенная очередность этапов операции, т.е. первым этапом выполняется операция на наименее инфицированном органе.

Таким об-разом, первым этапом производится фундопликация, вторым этапом - холецистэктомия.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОСКИТОВ В ОЧАГАХ ЛЕЙШМАНИОЗОВ В ДЖИЗЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ

**Усаров Г.Х.1,2, Халиков К.М.1 Ибрагимов А.А1, Самаркандский государственный Медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан1 ,
Институт микробиологии, вирусологии, инфекционных и паразитарных заболеваний им. М.Л. Исаева при Самаркандском государственном медицинском университете2.**

В последние годы заболеваемость антропонозным кожным лейшманиозом (АКЛ) и висцеральным лейшманиозом (ВЛ) в Узбекистане не имеет тенденции к снижению. Наиболее часто эта болезнь регистрируется у пациентов в Наманганской, Джизакской, Кашкадарьинской и Самаркандской областях. Отмечаются также случаи заболевания собак как АКЛ, так и ВЛ.

В связи с осложнением ситуации по лейшманиозам весьма актуальным является изучение видового состава и мониторинга численности москитов - переносчиков этих заболеваний в населенных пунктах Узбекистана. Для выяснения современного состояния популяций москитов нами были проведены исследования в Джизакской области, на территории, которая является одним из очагов АКЛ и ВЛ в Узбекистане.



Материалы и методы. Отлов москитов проводили в 2019 и 2022 гг. с помощью листов бумаги (А4), покрытых касторовым маслом. Ловушки устанавливали в жилых, хозяйственных помещениях за 1 час до захода солнца. Утром ловушки осматривали, отловленных москитов снимали и помещали в 96% этиловый спирт. Для определения видовой принадлежности москитов приготавливали постоянные препараты с использованием гуммиарабиковой смеси (жидкость Фора-Берлизе). Видовую идентификацию проводили по соответствующим определителям. Численность москитов рассчитывали по индексу обилия - количество москитов каждого вида на одну ловушку.

Результаты и обсуждение. На обследованных нами территориях отловлено 250 москитов в жилых помещениях и 360 москитов в не жилых. Установлено, что москиты относились к 4 видам: *Phlebotomus papatasi* (83 москитов), *P. Sergenti* (144 москитов), *P. caucasicus* (54 москитов), *Sergentomyia claydei*.(42 москитов).

В обследованных населенных пунктах доминирующим видом - как в жилых (до 64%), так и в хозяйственных помещениях (до 50%) являлись *Ph.papatasi* (8%) и *Ph.caucasicus* (12%). Основными местами выплода москитов в обследованных населенных пунктах служат глинобитные жилые и хозяйственные постройки, особенно подвалы, курятники, помещения для скота.

Выводы и рекомендации. В очагах лейшманиозов Узбекистана установлено 9 видов москитов, относящихся к 2 родам: *Phlebotomus* (6 видов) и (*Sergentomyia* 3 вида). Преобладающими видами в населенных пунктах являются *P. sergenti*. В фауне москитов обследованных территорий повсюду присутствуют: *P. sergenti* – основной переносчик АКЛ и *P. longiductus* – основной переносчик ВЛ, связи с этим в Джизакской области требуется повышенное внимание органов ЦГСЭН и Ветеринарной службы не только в отношении антропонозного, но и висцерального лейшманиозов.

ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНОЙ И ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Усманова Г.К., Миноваров А.А., Салиева М.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Основными компонентами общегосударственных мер профилактики заболеваний пародонта в нашей стране являются:

- 1) обязательная санация детей и подростков;
- 2) диспансерные осмотры;
- 3) санация беременных женщин.

Цель исследования. Изучить особенности вторичной и третичной профилактики стоматологических заболеваний у детей.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Материалы и методы исследования. Изучены материалы ВОЗ по вторичной и третичной профилактике стоматологических заболеваний в различных странах, задачи стоматолога в этом плане.

Результаты исследования. Вторичная профилактика предусматривает ранее выявление заболевания, предупреждение рецидивов, прогрессирования и возможных осложнений. Вторичная профилактика проводится у детей, уже страдающих каким-то заболеванием. Перед врачами на данном этапе стоят следующие задачи: снижение числа осложнений кариеса (пульпита, периодонтита), уменьшение прироста кариеса и др. Вторичная профилактика является частью программы реабилитации. Реабилитация включает в себя мероприятия по лечению и вторичной профилактике заболеваний. И если средства и методы первичной и вторичной профилактики могут быть одни и те же, то критерии оценки эффективности вторичной профилактики будут отличаться от таковых первичной.

Изменение интенсивности прироста кариеса за определенный срок является достаточно информативным показателем для оценки профилактического действия комплекса мероприятий вторичной профилактики. Вторичная профилактика может считаться эффективной, если патологический процесс стабилизировался, уменьшилась степень тяжести его течения и т.д. Таким образом, при разработке комплекса мер вторичной профилактики необходимо учитывать не только возраст ребенка, но и характер течения патологического процесса. Третичная профилактика - направлена на выздоровление, предупреждение перехода болезни в более тяжелую форму или стадию, предупреждение обострений в ее течении, на снижение временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности. Существует классификация профилактических мероприятий, принятая ВОЗ: 1. Первичная профилактика включает: а) санитарное просвещение по вопросам гигиены полости рта; б) диспансерное наблюдение населения; в) нормализация питания; г) улучшение условий труда и быта. 2. Специфическая профилактика предусматривает: а) фторирование питьевой воды; б) местное применение фтористых препаратов; в) личную гигиену полости рта. 3. Вторичная профилактика включает: а) раннюю диагностику; б) лечение кариеса зубов современными методами.

Санация полости рта является основной частью плановой стоматологической диспансеризации. Различают этиотропную (этиологическую) и патогенетическую профилактику кариеса зубов. Этиотропная профилактика кариеса зубов включает в себя борьбу с микрофлорой полости рта, проводимую с **Целью** снижения ее численности и изменения качественного состава, устранения продуктов жизнедеятельности микрофлоры - мягкого зубного налета, улучшения самоочищения зубов, проведения профессиональной гигиены полости рта.

Выводы. Для повышения резистентности тканей зубов к действию кариесогенных факторов необходима общая и местная фторизация или воздействие другими реминерализующими средствами, а также биологически активными веществами.



ПАРАТОНЗИЛЛЯР АБСЦЕСС КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВО САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ.

Н.А Усмонова., К.К Косимов
Андижон давлат тиббиёт институти

Замонавий тиббиётнинг муваффақиятларига қарамай, ҳали ҳам паратонзилляр абсцесс билан оғриган беморлар сонининг кўпайиши тенденцияси мавжуд ва ПТА ҳалқумнинг йирингли жараёнлари орасида биринчи ўринда туради. ПТА беморнинг ҳаётига жиддий таҳдид солади, чунки у тананинг эндоген интоксикацияси ва сепсис, бўйин флегмонаси ёки медиастинит, катта томирларнинг эрозияси ва ўлимга олиб келиши мумкин (ЗатолокаП.А. вабошқ., 2018; СаковичА.Р., 2021); КадачО. О., 2022; ҲайдараА. 2019; АксеноваА. В. вабошқалар, 2016;КрюковА. И. вабошқалар, 2021).

Паратонзилляр абсцесс замонавий оториноларингологиянинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, муҳим ижтимоий ва тиббий аҳамиятга эга. Мазкур касалликнинг этиологияси ва патогенези тўғрисидаги тасаввурларимизнинг кенгайишига, унинг диагностикаси ва даволашдаги муваффақиятларга қарамай, бу касалликни ривожланишидаги айрим механизмларнинг тутган ўрни тўлиқ аниқланмаган.

Ишнинг мақсади: Паратонзилляр абсцесс билан касалланган беморларда сорбцион ва антиоксидант терапия биргаликда қўллаш орқали комплекс даволаш натижаларини ошириш.

Материал ва текширув усуллари: Тадқиқот учун биз Андижон давлат тиббиёт институти клиникаси оториноларингология бўлимида 138 нафар беморларни кузатдик. Беморларнинг ўртача ёши 18 ёшдан 49 ёшгача беморларни текширдик. Беморлар икки гуруҳга бўлди. Асосий гуруҳга 88 та бемор ва 50 та бемор назорат гуруҳга бўлинди. Асосий гуруҳдаги беморларга аъънавий даво чоралари килинди. Асосий гуруҳдаги беморларга эса ишлаб чиққан комплекс даво чоралари кўрилди. Шунингдек, паратонзилляр абсцесс билан касалланган беморлар дастлаб абсцесс очилиб резинали трунда қўйилди. Сўнгра маҳалий сорбент шимдирилган салфетка кунига 2 маҳал абсцесс очилган жароҳат устига 5 дақиқа давомида қўйилди. Шунингдек умумий давога антиоксиданттерапия ҳам қўшилди. Иккинчи кундан беморларда тана ҳарорати меъёрлашди, ютинишда оғриқ бир оз камайди, оғиз бўшлиғидаги тризм йўқолди. Учинчи кундан эса беморларда паратонзилляр абсцесс очилган жароҳатдан йирингли ажралма чиқиши камайди ва атроф тўқималардаги шиш ҳам камайишни бошлади. Асосий гуруҳдаги беморлар назорат гуруҳдаги беморларга нисбатан соғайиши тез кузатилди.

Хулоса. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, паратонзилляр абсцесс билан касалланган беморларга ишлаб чиққан комплекс даводан кейин беморлар эрта соғайиши кузатилди. Аъънавий даво чоралари кузатилган беморларга нисбатан назорат гуруҳдаги беморлар 3 кун эрта соғайиши кузатилди. Шунингдек 90 % беморларнинг аҳволи яхшиланди ва ушбу касалликни қайталаниши камайди .



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА БИЛИАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДПРИНЯТОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИИ

Усмонов Х.А.

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) в структуре абдоминальной патологии стойко занимает 3 место, а «частота встречаемости составляет 30-45 и более пациентов на 100.000 населения в год». «В структуре этиологических причин выделяют два наиболее частых фактора, составляющие 70–80% всех случаев, - это билиарный панкреатит и алкогольно-алиментарная форма заболевания. Несмотря на то, что стратегия консервативного лечения во многом схожа при различной этиологии, хирургическая тактика при билиарной форме может отличаться ввиду специфического патогенеза развития ОП». В мировой практике проводится целый ряд целевых научных исследований, направленных на изучение патогенеза развития ОП в зависимости от различных факторов, включая роль этиологической причины, молекулярно-генетические аспекты и взаимосвязи различных специфических субстратов воспаления на ткань поджелудочной железы с формированием местных и системных панкреатит-ассоциированных осложнений, среди которых особо актуальным является исследование роли повреждения легочной ткани и особенностей прогрессирования респираторного дистресс-синдрома в совокупности с другими проявлениями полиорганной недостаточности.

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с ОП путем совершенствования тактического диагностического мониторинга специфических панкреатогенных осложнений и оптимизации комплекса лечебно-профилактических мер. **Материалы и методы:** представлены **Результаты** проведенного исследования 56 больных с панкреатитом билиарной этиологии пролечанных в Хирургической отделении ЦГБГА за период с 2015 по 2022 гг включительно. Все больные были разделены на группы. В основную группу включен 20 больной, пролеченный за период с 2019 по 2022 гг. Этим пациентам применен разработанный алгоритм выбора тактики лечения острого билиарного панкреатита в совокупности с предложенными клинико-патогенетическими аспектами интенсивной терапии панкреатогенных системных осложнений. В группу сравнения включено 36 пациентов, пролеченных с 2015 по 2018 гг.

Оценочные шкалы Ranson и APACHE II используются как для формирования окончательного диагноза, так и для прогнозирования риска летальности при ОП, что играет одну из основных ролей в определении тактики лечения пациентов. Так, комплексная оценка состояния больных по шкалам Ranson и APACHE II (табл. 1.) показала достоверное различие тяжести течения патологического процесса между билиарным и алиментарным ОП (критерий $\chi^2=40,818$; Df=3; $p<0,001$). При этом в 69,4% (304 больных) случаев отмечена билиарная форма отечного ОП или очаговый некроз, что



соответствовало менее 3 баллам по Ranson и <8 по APACHE II, тогда как при алиментарном ОП данные критерии определены в 86,1% (427 пациентов) случаях. Острый деструктивный панкреатит (>3 Ranson; >8 APACHE II) диагностирован в 20,3% (n=89) случаях билиарной этиологии и в 10,9% (54) случаев алиментарной этиологии. В 10,3% (45 пациентов) и 3,0% (15 больных) случаях был выявлен деструктивный ТОП с осложнениями (>6 Ranson; >15 APACHE II) билиарной и алиментарной этиологии соответственно.

Хирургическая активность при остром панкреатите билиарной этиологии составила 25,6%, тогда как при алкогольно-алиментарной форме заболевания оперировано только 7,9% пациентов ($p<0,001$), частота повторных вмешательств - 9,1% против 1,6% ($p<0,001$) соответственно, в свою очередь послеоперационная летальность достигала 25,9% и 20,5%, фатальные исходы консервативного лечения отмечены в 2,1% и 0,7% случаев, а общий показатель летальности - 8,2% и 2,2% ($p<0,001$).

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СТОМАХ

Усмонов Х.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время во всем мире сохраняется тенденция к неуклонному росту опухолевых заболеваний толстого кишечника, что связано с улучшением диагностики и усилением онкологической настороженности населения.

Цель исследования. Усовершенствовать способ формирования комбинированной стомы с коло-колоанастомозом при левосторонней острой непроходимости толстого кишечника опухолевого и неопухолевого генеза

Материалы и методы явились 58 больные, которым за период с 2015 по 2021 гг. В хирургическом отделении андижанской городской центральной больницы были выполнены различные оперативные вмешательства на толстом кишечнике по поводу непроходимости толстого кишечника опухолевого и неопухолевого генеза

По данным исследований последних десятилетий в хирургическом лечении острая непроходимость толстого кишечника опухолевого и неопухолевого генеза многие вопросы при определении хирургической тактики остаются сложными и дискуссионными. Также сохраняются отсутствие единства взглядов о радикальности операции при острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза, а также при опухолевой природе заболевания. Данное положение ряд хирургов объясняют большими возможностями для выбора. Тем не менее при оперативных вмешательствах следует стремиться решить две основные задачи: а) произвести декомпрессию кишечника; б) резецировать участок кишки, несущий опухоль.



Ряд исследователей отмечают, что хирургическое лечение острой непроходимости толстого кишечника с формированием толстокишечной стомы в перспективе существенно не продлевает жизнь, приводя к высокой летальности (43-47,5%). К тому же частота послеоперационных осложнений по сравнению с одноэтапными операциями не имеет существенной разницы

В связи с развитием медицинской науки и техники в последние годы стали появляться отдельные сообщения хирургов по применению лапароскопических операций на толстой кишке. Так, Стойко Ю.М. с соавт. представили опыт выполнения лапароскопических реконструктивно-восстановительных операций после операции Гартмана у 15 пациентов. Медиана длительности операции составила 180 мин. (от 105 до 370 мин.). Частота конверсий - 4,3%, несостоятельности анастомоза - 4,3%, послеоперационных осложнений - 13%. С учетом исходно принципиальной сложности реконструктивно-восстановительных операций, лапароскопический доступ при таких вмешательствах должен быть обоснован. Отбор пациентов на лапароскопические операции должен осуществляться по критериям, снижающим риск неудачи лапароскопического доступа. Следует отметить, что лапароскопические оперативные вмешательства только начинают внедряться в клиническую практику и данными технологиями владеют лишь единичные специализированные клиники.

Заключение. Таким образом, острая непроходимость толстого кишечника опухолевого генеза сохраняет чрезвычайную **Актуальность**, вследствие ряда нерешенных вопросов при определении хирургической тактики и хирургической реабилитации колостомированных больных. В частности, сохраняется высокая частота послеоперационных осложнений и летальности, а также стойкая инвалидизация больных с колостомами.

ПРОФИЛАКТИКА ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ УЗБЕКИСТАНА

Усмонов Б.У., Мамасалиев Н.С., Хакимова З.К., Мамасалиев З.Н., Каландаров Д.М.
Андижанского государственного медицинского института

Цель исследования разработать меры профилактики факторов риска развития заболеваний органа зрения и общей соматической патологии у долгожителей, проживающих в различных климатогеографических регионах Узбекистана.

Материал и методы: В основу проведенного исследования заложен комплексный подход путем изучения состояния заболеваемости и инвалидности вследствие глазной и общей соматической патологии и разработка методов профилактики факторов риска болезней 635 долгожителей в возрасте 90 лет и старше, проживающих в различных климатических зонах Узбекистана.



Исследования проводились в период с 2020 по 2022 год в Андижанском Государственном медицинском институте и в Ташкентском институте усовершенствования врачей с выездом в Андижанскую, Ферганскую, Наманганскую, Кашкадарьинскую и Джизакскую вилояты. Для изучения существующих местных факторов риска, а также особенностей поражения органа зрения у долгожителей различных климатических зон были выделены следующие регионы: долина, включающая Андижанскую, Ферганскую, Наманганскую вилояты; горная, включающая некоторые районы Кашкадарьинского вилоята; степная, включающая Джизакский вилоят.

Результаты: для долгожителей Ферганской долины характерны высокая встречаемость атеросклероза сосудов головного мозга, ИБС, гипертонической болезни, а также заболеваний опорно-двигательной системы.

У долгожителей Джизакского вилоята наиболее распространены атеросклероз сосудов головного мозга и ИБС. Также отмечено высокое число пациентов с гипертонической болезнью, заболеваниями желудочно-кишечного тракта и анемией, что напрямую связано с сухим и жарким климатом данного региона. Наряду с этим, было установлено, что 136 пациентов, долгожителей Кашкадарьинского вилоята ведут малоподвижный образ жизни.

Выводы: Аналитический разбор полученных результатов показал, что факторы «отягощенная наследственность», «солнечная инсоляция» и «возраст» имеют высокие показатели и имеют важную роль в разработке алгоритма профилактики факторов риска и болезней у долгожителей Республики Узбекистан. Высокая распространенность, сочетание нескольких факторов риска заболеваний органа зрения и общесоматической патологии у долгожителей требует применения многофакторных профилактических мероприятий.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ КОМОРБИДНОСТЬЮ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Усмонов У.Д., Бурхонов Ф.Д.

Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность. Деструктивные формы острого калькулёзного холецистита (ОКХ) встречаются у 20-60% пациентов, как в общей популяции, так и у пожилых больных. Вместе с тем, хирургическое лечение больных ОКХ с коморбидностью ишемической болезнью сердца (ИБС) остаётся актуальной проблемой. Послеоперационные осложнения у этой категории больных – 10-35%, а летальность – 5-23%. Эти пациенты относятся к категории высокого операционного и анестезиологического риска, а лечебная тактика у них остаётся дискуссионной – от выжидательной до активной.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель исследования. Выбор хирургической тактики и улучшить **Результаты** лечения больных ОКХ коморбидностью с ИБС.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ. Нами были проанализированы **Результаты** лечения 122 больных ОКХ с коморбидностью ИБС, лечившихся в 2017-2022 годах. Основную группу составили 67 (54,9%) больных. В этой группе использовали дифференцированная активно-индивидуализированная хирургическая тактика, которая заключалась в следующем: дифференцированный подход к предоперационной подготовке, выбору операционного доступа и послеоперационному ведению с учетом характера течения основной и сопутствующих патологий. Контрольную группу составили 55 (45,1%) пациентов, у которых изучали **Результаты** традиционной хирургической тактики.

Всем больным при поступлении в стационар и в ходе предоперационного периода наряду общеклинических обследований выполняли тропониновый тест и оценили степень риска оперативного вмешательства (низкий, средний, высокий и очень высокий), от чего и зависел выбор метода и объем операции.

Результаты и их обсуждение. У 68% больных в основной и контрольной группах отмечалась гиперкоагуляция, что свидетельствовало о высоком риске возникновения тромбозов и требовало введения антикоагулянтов. Вместе с тем, почти у каждого шестого отмечалась гипокоагуляция (вследствие бесконтрольного применения антикоагулянтов). Это значительно затрудняло операцию, вследствие кровотечения. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) оказалась неэффективной у 8,2% больных в основной группе и у 7% – в контрольной. ЛХЭ выполняли у больных с низким и средним риском, при остром флегмонозном холецистите без признаков осложнений в течение 3 суток от начала болевого приступа. Холецистэктомию из минилапаротомного доступа по методу клиники применяли у больных с высоким оперативным риском, которым пневмоперитонеум был противопоказан. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа по методу клиники выполнена у 37% больных. У этих пациентов операционный риск был оценен - высокий.

Выводы. ЛХЭ у больных ОКХ с коморбидностью ИБС может быть выполнена у пациентов с низким и средним риском послеоперационных кардиальных осложнений, при отсутствии спаечного процесса в гепатобилиарной зоне и при отсутствии осложнений заболевания, затрудняющих анатомическую ориентацию во время оперативного вмешательства.

Минилапаротомная холецистэктомия при ОКХ с ИБС, являются альтернативным методом хирургического лечения у больных со средним и высоким пред- и послеоперационным риском. Этот метод является дополнением к существующим малоинвазивным методам хирургического лечения ОКХ и следует использовать также как резерв при технических сложных случаях.



Лапаротомная холецистэктомия должна применяться в сложных клинических ситуациях при неэффективности всех малоинвазивных методов лечения как вариант конверсии доступа.

ВОЗМОЖНОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Усмонов У.Д., Косимов Ш.Х.

Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность. Симультанная лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) может быть произведена у гинекологических больных с неосложненной ЖКБ и является эффективным, малотравматичным, безопасным, функциональным методом лечения. Однако, до настоящего времени вопросы их обоснования, принятия тактических решений относительно объема и этапности оперативных вмешательств при сочетании экстренных хирургических и гинекологических заболеваний, требующих экстренных симультантных оперативных вмешательств, изучены недостаточно.

Цель исследования. Оценить возможности применения лапароскопических оперативных вмешательств при желчнокаменной болезни и патологии органов малого таза в ургентной хирургии.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кафедры хирургии и урологии Андижанского государственного медицинского института за период 2020-2023 гг. Нами были проанализированы

Результаты лечения 172 больных (из которых 132 с патологией желчного пузыря и гинекологическими заболеваниями – были оперированы симультанно), лечившихся в 2016-2022 годах в экстренном порядке. Больные по методу оперативного вмешательства и по характеру операционного доступа разделены на 3 группы: Первую группу составили 72 (41,9%) пациентки с ОКХ, перенесшие лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) в сочетании с лапароскопическим гинекологическим вмешательством; Вторую группу – 60 (34,9%) пациентки с острым гинекологическим заболеванием, перенесшие лапароскопические гинекологические операции в сочетании с ЛХЭ по поводу хронического калькулёзного холецистита (ХКХ); Третью группу составили 40 (23,2%) пациентки с ОКХ, перенесшие холецистэктомию (ХЭ) минилапаротомным доступом по методу клиники.

Результаты и их обсуждение. В первой группе (72 больных с ОКХ) ЛХЭ проводилась в сочетании с лапароскопическим гинекологическим вмешательством. Лапароскопические симультантные операции при ОКХ и заболеваниями органов малого таза нами удалось произвести у 59 (81,9%) больных. У 13 (18,1%) больных лапароскопическая операция продолжали с лапаротомным доступом. Во второй группе



проводилась (у 60 больных с острым гинекологическим заболеваниями), лапароскопические гинекологические операции в сочетании с ЛХЭ по поводу хронического калькулёзного холецистита. 28 (46,7%) больным выполнена лапароскопическая цистэктомия по поводу перекрута и разрыва кист яичника. Лапароскопические операции на придатках матки, проведенные симультанно с ЛХЭ: тубоварэктомия с аппендэктомией у 11 (18,3%) пациентки и без аппендэктомией у 8 (13,3%) больных. Лапароскопическая аппендэктомия с ЛХЭ выполнялись у 9 (15%) больных по поводу абсцесса Дугласова пространства со вторичным аппендицитом. У 4 пациенток удалили ВМС и проводили ЛХЭ.

Для оценки течения раннего послеоперационного периода были проанализированы количество и характер послеоперационных осложнений в трех группах. В первой группе больных с ОКХ и гинекологическим патологиям, где ЛХЭ проводилась симультанно с лапароскопическим и открытым способом, отмечено 7 (9,7 %) осложнений. Во второй группе, где первым этапом проводилась лапароскопическая гинекологическая вмешательства, а вторым - ЛХЭ, отмечено 1 (1,7%) осложнений. В третьей группе, где проводилась изолированная ХЭ минилапаротомным доступом, тоже отмечено 3 (7,5%) осложнения: у двух пациенток отмечен инфильтрат и у одной нагноение послеоперационной раны. Летальных исходов в наших исследованиях не отмечалось. Послеоперационный койко-день во 2 группе составил в среднем - $6,2 \pm 1,2$; в 1-ой и 3-ей группах фактически одинаков - $8,7 \pm 1,3$ и $8,3 \pm 1,0$ соответственно.

Выводы. Применение в ургентной хирургии эндохирургических технологий у больных ЖКБ и ее осложнениях в сочетании с гинекологической патологией органов малого таза позволяет выполнять требующих оперативных вмешательств симультанно у 81,9% больных ОКХ с доброкачественными и у всех больных ХКХ с острым гинекологическим заболеваниями.

ДИСФУНКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Усмонов У.Д., Ниязов М.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Развитие функциональных нарушений печени при остром калькулёзном холецистите во многом определяет прогноз и исход самого заболевания. При этом в механизмах развития неблагоприятных исходов, ведущая роль отводится формированию эндогенной интоксикации (ЭИ) и снижению антиоксидантной защиты организма с гипоксией и апоптозом гепатоцитов, реактивной дисфункции печени и других систем организма.

Цель исследования. Оценка и коррекция дисфункции печени при остром калькулёзном холецистите (ОКХ).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Материал и методы исследования. Для достижения цели и решения поставленных задач нами изучены **Результаты** обследования и лечения 78 больных с ОКХ. Исследование проводилось на базе кафедры хирургии АндГосМИ за период с 2020 по 2022 гг. Основную группу составили 33 (42,3%) больных. В этой группе в комплекс лечебных мероприятий включали энтеросорбцию (ЭС) с антиоксидантной терапией (АОТ). В этой группе 24 (72,7%) женщин и 9 (27,3%) мужчин. Средний возраст больных в данной группе составил $66,4 \pm 3,3$ года. Состояние больных, биохимические показатели, показатели ЭИ и липопероксидации, **Результаты** лечения сравнивали с контрольной группой, состоящей из 45 (57,7%) больных, у которых в пред- и в послеоперационном периоде выполнялось стандартная лечения согласно клиническим рекомендациям Минздрава РУз. В контрольной группе женщин составили 34 (75,5%) а мужчин - 11 (24,5%) пациентов. Средний возраст составил $64,8 \pm 3,4$ года.

Результаты и их обсуждение. Анализ динамики функционального состояния гепатобилиарной системы в процессе проводимой комплексной терапии показал, что положительная динамика наблюдается у тех больных, которым в программу терапии включались ЭС с АОТ.

У больных основной группы уже на 2-3 сутки после операции уровень общего билирубина достоверно снизилось на 70,1% относительно исходных данных. В последующие дни и за весь оставшийся период наблюдения уровень общего билирубина достоверно снизился «плавно». Уровень щелочной фосфатазы нормализовалось в этой группе на уже на 4-5 сутки после оперативных вмешательств. Уровень АсТ/АлТ у больных основной группы достоверно снизился уже на 4-5 сутки (на 35,9%/32,6%) после операции. Уровень креатинина достоверно снизился на 4-5 сутки после операции (на 36,7%) и практически достиг нормальных значений, а в контрольной группе к этому сроку уровень креатинина снизилась лишь на 18,4%. Достоверное снижение мочевины в основной группе относительно исходных данных наблюдалось уже на 1-2 сутки после операции, когда уровень мочевины снизился до $7,4 \pm 0,2$ ммоль/л, что на 15,9% меньше, чем при поступлении. Клиническими исследованиями установлено, что у больных с ОКХ развивался синдром ЭИ. В основной группе уровень лейкоцитоза нормализовалась уже на 2-3 сутки после операции на 29,6% относительно исходных данных. В этой группе уровень лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) достиг нормальных значений на 4-5 сутки после оперативных вмешательств, что указывает на то, что при таком сочетании комплексной терапии наблюдается более ранний и выраженный детоксикационный эффект.

Общее количество осложнений в контрольной группе составило 13,3% больных, а летальность - 4,4% (2 больных). Лечение больных в стационаре было более продолжительным - $10,4 \pm 12,4$ койко-дня. Летальных исходов в основной группе не было. Средние сроки пребывания больных в стационаре - $6,8 \pm 1,2$ койко-дня, что на 3,6 дней меньше, чем при стандартной терапии.



Вывод. У больных острым калькулёзном холецистите развивается реактивный билиарный гепатит. Применение метода ЭС с АОТ способствует эффективной коррекции функциональных нарушений печени реактивного характера, тем самым компенсирует общее состояние больных и уменьшает риск оперативного вмешательства, а также создает предпосылки для активных восстановительных процессов послеоперационного периода.

СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Усмонов У.Д., Ниязов М.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на успехи в хирургическом лечении острого холецистита, широкое распространение в хирургических клиниках методов диагностики и лечения, основанных на малоинвазивных технологиях и совершенствование методов анестезиологической защиты, показатели послеоперационной летальности составляют 1,7-5 %. А у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы и недостаточностью кровообращения летальность может достигать 7-13% и более.

Цель исследования. Оценка синдрома эндогенной интоксикации и липопероксидации у больных острым калькулёзным холециститом.

Материал и методы исследования. Для достижения цели и решения поставленных задач нами изучены **Результаты** лечения 78 больных с ОКХ. Исследование проводилось на базе кафедры хирургии АндГосМИ за период с 2020 по 2022 гг. Все больные поступали в клинику последовательно и без предварительного отбора в экстренном порядке. Основную группу составили 33 (42,3%) больных. Состояние больных, биохимические показатели, показатели ЭИ и липопероксидации, **Результаты** лечения сравнивали с контрольной группой, состоящей из 45 (57,7%) больных.

Результаты и их обсуждение. Клиническими исследованиями установлено, что у больных с ОКХ развивался синдром ЭИ. В основной группе уровень лейкоцитоза нормализовалась уже на 2-3 сутки после операции на 29,6% относительно исходных данных. В этой группе уровень лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) достиг нормальных значений на 4-5 сутки после оперативных вмешательств, что указывает на то, что при таком сочетании комплексной терапии наблюдается более ранний и выраженный детоксикационный эффект. Индекс эндогенной интоксикации (ИЭИ) у всех больных был снижен в среднем в 2,2 раза относительно показателя здоровых лиц. Это свидетельствует о том, что воспалительный процесс у больных с ОКХ сопровождается тяжелой ЭИ, усугубляющей общее состояние больных, и оказывает отрицательное влияние на течение



заболевания, обуславливая и замыкая порочный круг синдрома «взаимоотягочения». Достоверное повышение этого показателя в основной группе относительно исходных данных отмечено уже на 4-5 сутки после операции, когда ИЭИ практически достиг нормальных значений - $9,86 \pm 0,48$ у.е. При использовании в комплексном лечении энтеросорбции (ЭС) и антиоксидантной терапии (АОТ) уже на 3-4 сутки после операции отмечено достоверное снижение уровня молекул средней массы (МСМ) относительно исходных данных на 52,7%, а на 7 сутки после операции эта разница составила 57,2% и уровень МСМ достиг нормального показателя.

Анализ результатов исследования показал, что у больных с ОКХ при поступлении отмечается значительное повышение интенсивности показателей липопероксидации. Под влиянием проведенного комплексного лечения уровень малонового диальдегида (МДА) в плазме крови у больных основной группы на 2-3 сутки после операции снизился на 23,8% и было достоверно ниже исходного показателя. Уровень данного показателя у больных основной группы перед выпиской нормализовался и был в 4,9 раза меньше, чем при поступлении. Уровень диеновых конъюгатов (ДК) перед операцией снизилось на 9,7%, а на 2-3 сутки послеоперационном периоде в 1,3 раза и достоверно отличалось относительно исходных данных - $3,79 \pm 0,15$ мкмоль/л. Это было в 1,3 раза меньше, чем при традиционном лечении в эти же сроки.

Выводы. Эндогенная интоксикация у больных с ОКХ характеризуется избыточным накоплением токсических метаболитов и повышением активности биохимических показателей в крови, повышением маркеров ЭИ (ЛИИ – повышен в 6,8 раза; ИЭИ – снижен в 2,2 раза; МСМ – в 2,5 раза) и липопероксидации (МДА – повышен в 3,7 раз; ДК – в 2 раза), что в свою очередь приводит к реактивной дисфункции печени с усугублением последней.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ СДВИГИ КАК МАРКЕРЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМ

Файзуллаева Х.Б., Назарова Г.Ш. Халиков К.М.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Кафедра биологической химии

Актуальность. Перинатальный поражения центральной нервной системы занимают ведущее место в структуре заболеваемости новорожденных детей [1-3,6]. Гипоксический-ишемическая энцефалопатия возникающая вследствие перенесенной гипоксии, лежит в основе задержки психомоторного развития на первом году жизни, формирования синдрома дефицита внимания и гиперактивности, детского церебрального паралича, двигательных и когнитивных расстройств[4].

В связи с этим ранняя диагностика тяжести перенесенной гипоксии и связанного с ней поражения ЦНС приобретает особое значение для выбора адекватной терапии и в



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



составлении оздоровительных процедур и медикаментозной коррекции при дальнейшей диспансеризации с учетом риска развития отдаленной неврологической симптоматики[5,7].

Цель исследования. Оценить активность нейротеста S100B как маркера перинатального поражения ЦНС при постгипоксическом синдроме в зависимости от тяжести асфиксии. Сопоставить метаболические сдвиги с показателями нейротеста в динамике.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной задачи обследовано 60 доношенных новорожденных, родившихся с асфиксией в анамнезе. Диагноз согласно критериями ВОЗ (2008). В зависимости от массы тела и тяжести асфиксии составлены группы больных

I-масса тела менее 2500,0 гр

II- нормальная масса тела при рождении

III- масса тела более 4000гр

По тяжести асфиксии каждая группа разделена на подгруппы: а-асфиксии средней тяжести, б-тяжелая асфиксия.

Методика исследования-маркер нейротест S100B по методу ИФА, уровень глюкозы, кальция, магния, фосфора определен на аппарате Merilyzer Clini Quant.

Результаты исследования. Учитывая роль нейротеста S100B как маркера перинатального поражения ЦНС у новорожденных детей, а в наших наблюдениях неврологическая симптоматика выражена, нейротест с указанным маркером S100B проведен в первые часы жизни и в динамике на 5 день. В группе маловесных детей и крупных детей S100B резко нарастает выше нормы 5 раз, у детей с нормальной массой тела показатели нарастают умеренно в 2,5 раза. На 5 день жизни у большевесных больных показатели S100B хотя постепенно снижаются, но остаются высокими в 1,5 раза по сравнению со здоровыми новорожденными, в других группах показатели нейротеста почти снижены до нормы или уже в пределах показателей у здоровых новорожденных. На этом фоне наблюдаем гипогликемию от 52% в группе IIб, до 60-62% у IIIб и Iб групп.

Параллельно с этими сдвигами, отягощающих неврологический статус при асфиксии новорожденных, наблюдаем резкое снижение уровня фосфора в крови во всех группах новорожденных с асфиксией, снижение уровня магния и ионизированного Са во всех группах резкое снижение Са плазмы в Iб и IIIб группах, а именно у новорожденных с изменениями массы тела.

Выводы. Из выделенных признаков полиорганной недостаточности определенным клинико-лабораторным предиктором формирования неврологической симптоматики и отдаленных последствий на фоне явных клинических признаков можно считать высокий уровень S100 нейротеста и в сочетании с гипогликемией.



ДИЕТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Фаттахов Н, Абдулхакимов А, Тўйчибеков Ш, Исроилов М.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Введение: Диетическое и лечебно-профилактическое питание назначается только врачом после того, как будут проведены необходимые обследования и установлен точный диагноз. Проведенные за последние годы многочисленные научные исследования и их **Результаты** убедительно свидетельствуют о тесной связи между внутренним составом рациона и метаболическим состоянием организма человека. Всякое длительное нарушение этой связи может приводить к функциональным и органическим расстройствам в системе пищеварения, кровообращения, костной ткани, иммунной системе, микробиоценозе кишечника, интеллекте человека и др.

В течение нескольких десятилетий система диетического питания совершенствовалась, уточнялась, однако в целом оставалась неизменной. Основой ее построения был нозологический принцип, в соответствии с которым химический состав, энергетическая ценность диеты и весь режим питания пристраивался к клинко-патогенетическим особенностям болезни. В дальнейшем появилась тенденция разрабатывать чуть ли не для каждой нозологической формы свою диету. В результате упомянутой системы было внесено значительное количество дополнений, модификаций, что привело к возникновению около 60 отдельных диет. Существует основная больничная, лечебная и специальная диета. Первая назначается, если нет необходимости в специальном диетическом питании. Ее получает большая часть лиц, находящихся на стационарном лечении. Основным принципом этой диеты является рациональное питание.

Таким образом, в основу построения базисных диет и их дифференцированного применения положены метаболические принципы с учетом нарушений метаболического конвейера. Основопологающей закономерностью применения этих принципов является достижение адекватности химического состава и ценности диеты с учетом нарушенной метаболической цепи, дезадаптации ферментных систем и клинко-патогенетических особенностей болезни.

ГИРУДОТЕРАПИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Фаттахов Н., Абдулхакимов А., Тўйчибеков Ш., Исроилов М., Тияходжаева Г.Б.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Введение: Комплементарная медицина отличается от официальной медицины прежде всего наличием в основном историко-эмпирического подтверждения эффективности методик, которое может включать многовековой опыт использования



данных методов лечения. В то же время эффективность большинства методов лечения из области комплементарной медицины не подтверждалась с использованием современной методологии эпидемиологических клинических исследований, которая является основой доказательной базы подтверждения эффективности методов лечения, используемых в официальной доказательной медицине, особенно с точки зрения доказательной медицины

Целью: является оценка эффективности гирудотерапии как метода лечения болезней системы кровообращения.

Результаты исследований: в последние годы оценке эффективности гирудотерапии в лечении сердечно-сосудистых заболеваний было посвящено относительно небольшое количество работ. Разработки дополнительных методов лечения болезней системы кровообращения определяется высокой смертностью пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Вывод: Терапевтические эффекты медицинской пиявки реализуются за счет широкого спектра биологически активных веществ, которые присутствуют в слюне пиявки и выделяются в кровоток пациента при кровопроизвлечении. К числу данных веществ относятся гирудин, ингибиторы трипсина и плазмина, ингибиторы альфа-химотрипсина, химозина, субтилизина и нейтральных протеаз гранулоцитов – эластазы и катепсина С, ингибиторы фактора свертывания крови Ха и калликреина плазмы крови, а также высокоспецифические ферменты – гиалуронидаза, дестбилаза, апираза, коллагеназа. В слюне пиявок также содержатся малоизученные соединения – пиявочные простагоиды, гистаминоподобные вещества и ряд других соединений.

ЛЕЧЕНИЕ ПИЯВКАМИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Фаттахов Н, Абдулхакимов А, Тўйчибеков Ш, Исроилов М.,
Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Введение Гирудотерапия представляет собой медицинскую методику, в рамках которой применяются пиявки. Пиявки задействовали в медицинской отрасли с давних времен. Гирудотерапию можно отнести к числу наиболее древних лечебных методик.

Проблема кровообращения в мозге - востребованный для социума, медицинской отрасли аспект. Подобные болезни находятся на 2 позиции среди причин летальных исходов, считаясь основной предпосылкой инвалидизации граждан. Проблемы с циркуляцией крови в мозге могут вызываться мозговыми патологиями, не связанными с мозгом патологиями. Значимыми внутренними аспектами следует считать изменения в области анатомии, на которые влияют артериальные, системные воспалительные, инфекционные, иные проблемные аспекты (причем, они могут наблюдаться единовременно).



Принимая в расчет то, что в слюнных железах кольчатого червя имеются не встречающиеся при иных типах лечения ферменты, они могут помочь пациентам при проблемах с мозговой циркуляцией крови. В нынешний период в наличии ряд полученных практическим путем обоснований результативности данной методики при лечении больных с болезнями сосудов.

Лечение пиявками эффективно работает, когда оно используется в прединсультный период. Действия дают возможность не допустить появления приступов. Однако в рамках временного промежутка быстрого развития болезни целесообразно применять рассматриваемую методику осторожно. Лечебный курс изучаемой методики зачастую прорабатывают во время реабилитации больного.

Заключение Применение гирудотерапии в медицине предусматривает тройное действие на организм. Главным образом, достигается медицинская циркуляция крови. Высвобождаются стенки сосудов, организм в целом очищается. Надкус при лечении делается исключительно на проблемном участке. Он дает возможность активизировать организм комплексно. Кроме слюнных желез, в рану должны попасть биоактивные компоненты.

ГИРУДОТЕРАПИЯ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

**Фаттахов Н, Абдулхакимов А, Тўйчибеков Ш, Исроилов М.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Введение: Гирудотерапия (от лат. hirudo – пиявка, therapeia – терапия, лечение) – способ лечения человека при помощи пиявок, хорошо известный в медицине на протяжении многих тысячелетий. Она является одним из самых древних методов медицины. Лечение пиявками нашло широчайшее применение и в современной медицине. Используются при этом не любые, а только медицинские пиявки. Их выращивают на специальных биологических фермах. Такая пиявка является стерильной. Он не может занести в организм пациента никакую инфекцию. Используется каждая пиявка только один раз. Кроме того, пиявка еще и способна чувствовать болезнь. Она работает только с действительно больным органом или зоной.

Цель: выявить эффект от гирудотерапии

Результаты: Исследованиями выявлено что, гирудотерапия показано людям, склонным к развитию застойных явлений. Оно отлично помогает при геморрое, тромбозе, мастопатии. Хорошо зарекомендовала себя гирудотерапия при лечении гинекологических заболеваний. Лечат и профилактируют с помощью пиявки различные заболевания сердечно-сосудистой системы, различные кожные заболевания, урологические заболевания.



Вывод: Сегодня во всем мире наблюдается новый всплеск интереса к лечению пиявками. И это не дань моде, а признак разумного и бережного отношение человека к своему здоровью.

ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ТАЛАБАЛАРИНИНГ ЎҚУВ ЖАРАЁНИДА ПСИХИАТРИЯ ФАНИДАН СИМУЛЯЦИЯЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ

Фозилжонов О.Ш., Аграновский., М.Л., Абдуқодирова З.Б., Мўминов Р.Қ.

Андижон Давлат Тиббиёт Институти

Долзарблик. Кўпгина олий таълим муассасаларида симуляция машғулоти олий ўқув юртларида, кўнгилдагидек амалга оширилмайди. Муайян ваколатларни шакллантирувчи ва якуний баҳолаш воситасини яратишда асосан психиатрия фанидан ушбу усулнинг ривожланишини қўллаб-қувватлаш учун ушбу педагогик технологияга таянамиз.

Ушбу мақолада келтириб ўтилган тадқиқот ўқув жараёнини ўрганишга ва психиатрияда моделлаштириш пайтида тиббиёт институти талабаларини фани ўрганишга таъсир қилиши, қўллаб-қувватлашига қаратилган.

Изланиш мақсади. Тиббиёт институти талабаларининг ўқув жараёнида Психиатрия фанидан симуляцияцион технологияларни қўллаш самарадорлиги оширишдан иборат.

Изланиш материаллари ва усуллари. Биз олдимизга қўйилган вазифани бажариш учун АДТИ психиатрия ва наркологиya кафедрасига Психиатрия, наркологиya ва тиббий психологиya фанини ўзлаштириш учун келган жами 72 нафар талабаларга тегишли фандан амалиёт машғулотларини ўтиш учун симуляцияцион технологияларни қўладик.

Изланиш натижалари. Ушбу тадқиқот натижалари талабаларда психиатрия фани шакллантирувчи ва якуний баҳолаш воситасини яратишга қаратилган бўлади. ушбу технология методологиyaсида жами 72 кишидан иборат 2 гуруҳга бўлинган тиббиёт талабаларидан таркиб топган. Талабалар сентябр 2022 сентябр ва октябр ойларида амалиёт машғулотларига келган талабалардан иборат бўлди.

Ҳар бир иштирокчидан 78 соатлик психиатрик симуляция машғулотларини бажариш, кайфият бузилиши, безовталиқ, овқатланиш бузилиши, чегара бузилиши, гиёҳванд моддаларни суиистеъмол қилиш ва шизофрения билан ишлаш сўралади.

Тадқиқот дизайни товуш назариясига асосланган аралаш усул тадқиқотидир, жумладан: - миқдорий белгилар: - синовдан олдин/кейин концептуал харита-ўз-ўзини баҳолаш сўровномалари: "таълим самарадорлигининг инвентаризация кўлами" - ижтимоий - демографик маълумотлар ва бошқа саволлар-сифатли: асосли назария-талабаларнинг ярим тузилган сўхбати - анкета клиник иш пайтида, ҳар бир ўрганилган патология учун моделлаштирилгандан сўнг тўлдирилган-тестдан олдин/кейин концептуал харита (клиник



фикрлаш учун) - симуляция видеоёзуви ва жараёнлардан ташкил топди.

Хулосани аудиофайлини ёзиб олиш каби

Хулоса. Шундай қилиб, бакалаврият талабаларига руҳий касалликлар фанидан керакли маълумотларни эгаллашлари учун, уларда шифокорлик қобилиятларини шакллантиришни ва психиатриядан билим ва кўникмаларини янада кенгроқ ривожлантириш учун замонавий симуляцион технологиялар бизга катта самарадорликни беради.

ТРЕВОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Фозилжонов О.Ш. Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М.

Андижанский государственный медицинский институт,

Кафедра психиатрии и наркологии

Актуальность. Клиническая картина тревожных расстройств складывается из психических симптомов, наиболее частыми из которых являются тревога, беспокойство "по мелочам", ощущение напряженности и скованности. Также для них характерны соматические проявления, обусловленные преимущественно усилением активности симпатического отдела вегетативной нервной системы. Сочетание психической и соматической симптоматики неслучайно.

Тревога известна каждому. Многие испытывают ее ежедневно. Тревога – это сигнал об угрожающих изменениях в организме или внешнем мире. Тревога является наиболее часто встречающейся из психических расстройств в общемедицинской сети.

Целью нашего исследование явилось выявление особенностей тревожной симптоматики в клинике вегето-сосудистых расстройств. Вегето-сосудистые расстройства сочетаются с коронарной патологией чаще, чем с целым рядом других заболеваний. Согласно данным литературы, тревога возникают в среднем у 28 % больных вегето-сосудистых расстройств. Комбинация этих болезней ухудшает клинический и социальный прогноз каждой из них.

Результаты исследования. В клинике АГМИ в терапевтическом отделении было обследовано 40 больных, от 30 – 60 лет, из них женщин 18 (45%), мужчин 22 (55%). Среди больных выделены 2 группы: I- группа контрольная в которой 22 человек (13 женщин и 9 мужчин) во время лечения были использованы психотропные средства.

II группа- 18 человек (5 женщин и 13 мужчин) в лечении которых применялось симптоматическое лечение. без включения психотропных средств.

В контрольной группе эффект наблюдался через неделю после применения психотропных средств.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Улучшение состояния во 2 группе наблюдалось лишь после 3 недели (стационарного-1 неделя, амбулаторного – 2 недели) и лишь у 30% (6 больных – 4 женщины и 2 мужчин)

В группе этих больных было отмечено нижеследующие расстройства: часто встречающиеся головные боли, тошнота, рвота, боли в области сердца. Тревога представляет собой чувство напряжения, ожидания, дискомфорта, Первые объективные признаки (учащенное дыхание, мышечные напряжения, дрожь и т. п.). Вторые психовегетативные признаки: снижение настроения, сердцебиение, потливость, приступы головокружения, одышка, колебания настроения.

Эта симптоматика возникала при физических и психоэмоциональных нагрузках, при обострении хронических заболеваний.

Все наблюдаемые пациенты обращались к врачам общего профиля, где лечились с вегето-сосудистыми расстройствами. Все больные предъявляли жалобы на плохой сон, повышенную раздражительность, снижения настроения, тревогу, фобии, снижения работоспособности, утрату интересов.

После назначения даже малых доз психотропных препаратов, (антидепрессантов, в частности феварина и транквилизаторов, в частности атаракса) состояние 27 (67,5%) больных улучшилось в первую неделю, исчезли тревога. В связи с этим целесообразно использование психотропных препаратов в терапевтической практике.

Вывод: Больным с тревожно-депрессивными нарушениями следует назначать антидепрессанты с выраженным анксиолитическим действием. В настоящее время наиболее часто применяются препараты группы селективных ингибиторов обратного захвата серо-тонина (пароксетин, циталопрам, флу-оксетин, флувоксамин, сертралин). Следует отметить, что не все препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина демонстрируют равную эффективность по отношению к тревожным расстройствам. Исходя из этого оптимальными являются препараты сбалансированного действия. К их числу относится пароксетин. Отрадно заметить, что в практике российских врачей наконец появился пароксетин в виде лекарственного средства Рексетин (производства венгерской компании Гедеон Рихтер), обладающий высокой клинической эффективностью и оптимальным отношением качество/стоимость. Многолетний опыт использования пароксетина показал его высокую противотревожную активность даже в случаях, когда в клинической картине регистрируются частые и интенсивные панические приступы.

Клинически доказано, что длительный прием не приводит к существенному изменению в социальной активности пациентов и не требует профессиональных ограничений.



ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ГАНГРЕНАХ.

Мусашайхов Х.Т., Косимов А.Л., У.Х.Мусашайхов, Ф.Д.Икрамова.

Кафедра общей хирургии.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у больных сахарным диабетом остается сложной задачей. Сочетание сахарного диабета и хирургической инфекции образует порочный круг, при котором инфекция отрицательно влияет на обменные процессы, усугубляя инсулиновую недостаточность и усиливая ацидоз, а нарушение обмена веществ и микроциркуляции ухудшает течение репаративных процессов в очаге поражения. Известно, что ежегодная частота развития гангрены составляет 1 на 200 больных сахарным диабетом (Данные Исследовательской группы ВОЗ, 2018). Частота ампутаций при диабетической гангрене составляет 83,1%, хотя в 57,2% случаев патологический процесс ограничивается областью фаланги пальца или другим локальным повреждением стопы. При этом, 50% лиц, подвергнувшиеся ампутации, умирают в течение 2 лет после неё. Ампутации нижних конечностей являются тяжелыми калечащими операциями, особенно у больных в пожилом и старческом возрасте, страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Летальность колеблется от 11 до 29,1%. Очень важен вопрос об уровне ампутации, т.к. после этих хирургических вмешательств возникают большие трудности с последующей социальной реабилитацией. Чем дистальнее уровень, тем проще решать эти вопросы, но, к сожалению, в настоящее время не существует достоверных тестов определения жизнеспособности тканей.

У больных сахарным диабетом с гнойно-некротическим поражением стопы, нуждающихся в ампутации, наиболее трудным и актуальным остается вопрос о рациональном выборе уровня ампутации. В настоящее время одним из наиболее перспективных (в силу надежности и неинвазивности) для исследования в клинических условиях состояния оксигенации крови и ткани и оценки периферической перфузии является метод чрезкожного определения напряжения кислорода – $T_{sr}O_2$.

Цель исследования. Совершенствовать выбор уровня ампутации нижних конечностей путём чрезкожного определения напряжения кислорода – $T_{sr}O_2$ в мягких тканях.

Материал и методы исследования. У 73 больных сахарным диабетом с гнойно-некротическими поражениями стопы в процессе лечения в стационаре было изучено состояние микроциркуляции в тканях нижних конечностей путём оценки состояния насыщения крови кислородом и оценки периферической перфузии методом чрезкожного определения напряжения кислорода – $T_{sr}O_2$. Чрезкожное определение pO_2



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



осуществлялось с помощью оксимонитора TCM-2 до и после ампутации на разных уровнях конечности.

Впервые выявленный СД был у 10,6% больных, легкой степени тяжести - у 22,1%, средней тяжести - у 42,5%, тяжелой степени - у 35,4%; инсулинзависимый - у 4,9%, инсулиннезависимый - у 95,1% больных. Для определения степени взаимовлияния СД и гнойно-некротического процесса необходимо иметь представление о характере предшествующего лечения диабета. Почти 21,7% больных вообще не получали никакого лечения по поводу СД, 27,2% лечились нерегулярно, регулярно лечились 51,1%. Данное обстоятельство не могло не отразиться на увеличении удельного веса больных с декомпенсированными формами СД среди всех больных. Сроки госпитализации больных от момента начала хирургического заболевания колебались от 2-5 суток до 3-4 месяцев, что свидетельствует о поздней госпитализации многих больных.

Результаты исследования. **Результаты** исследований показали, что у больных с осложненной диабетической стопой показатели TcrO₂ на бедре были на 20%, на голени – на 43%, на стопе – на 65% ниже, чем у здоровых лиц, что говорит о значительных нарушениях микроциркуляции. Полученные **Результаты** показали, что имеется определенная взаимосвязь между хорошим заживлением раны после ампутации у больных с гнойно-некротическим поражением стопы и величиной TcrO₂. Его величина более 25 мм.рт.ст. свидетельствует о правильном выборе уровня ампутации и хорошем заживлении раны, что наблюдалось у 53 больных. Показатель TcrO₂ в пределах от 10 до 25 мм.рт.ст, который наблюдался у 10 больных, ассоциировался с осложнениями со стороны раны после ампутации в виде нагноения или краевого некроза и удлинении сроков заживления.

У 8 больных с диабетической стопой, которым были произведены локальные операции на стопе TcrO₂ было в пределах от 2 до 10 мм.рт.ст., у 2 из них равнялось 0. В связи с развитием некроза и нагноения раны с последующим прогрессированием гнойного процесса и без эффективности лечения в последующем у этих больных были произведены реампутации на более высоком уровне. При этом установили, что незащитые операционные раны независимо от их локализации на нижних конечностях способны к регенерации при минимальных значениях TcrO₂ в пределах 23+1,6 мм.рт.ст. У 10 больных с уровнем TcrO₂ ниже 25 мм.рт.ст. наступило омертвление кожи вокруг операционной раны в результате наложения швов. Поэтому с учётом доверительного интервала уровень TcrO₂ 28 + 3 мм.рт.ст. считаем безопасным, допускающим выполнение ампутации без риска осложнений на любом уровне конечности.

Выводы. Таким образом наши данные показали, что чрезкожное измерение pO₂ имеет важное значение для правильного выбора уровня ампутации и для определения потенциала заживления раны после её выполнения. Определение степени ишемии тканей конечности этим методом мы считаем наиболее важным при решении уровня ампутации, а также тяжести и прогнозе заболевания, при выборе метода и тактики лечения.



ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ - ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Мусашайхов Х.Т., Косимов А.Л., Ш.М.Мусашайхова, С.М.Ахмадалиев.

Кафедра общей хирургии.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В комплексе патологических изменений при диабетической гангрене первичным является системное поражение микроциркуляторных путей артериовенозного бассейна по типу диабетической микроангиопатии. Клиническая картина гнойно-некротических осложнений диабетической ангиопатии характеризуется атипичным течением. Особенностью заболевания является значительное отставание локальных изменений от общих проявлений. Нередко прогрессирование гнойно-некротических изменений выражается в резком ухудшении общего состояния с незначительными местными изменениями на конечностях. Критические степени ишемии у больных СД характеризуется выраженностью гемореологических расстройств, хронической внутрисосудистой гиперкоагуляцией крови, наличием синдрома ЭИ. Синдром ЭИ, как известно, имеет многопрофильную природу. У больных с диабетическими ангиопатиями он проявляется гипергликемией, кетонемией, диспротеинемией, присутствием токсинов бактериального происхождения циркулирующих иммунных комплексов, обладающих капилляротоксическим действием, повышенным содержанием клеток киллеров, ответственных за аутоиммунную деструкцию b-клеток поджелудочной железы. По современным представлениям синдром "взаимного отягощения", встречающийся у больных, страдающих сахарным диабетом и гнойной хирургической инфекцией, обусловлен в основном нарушениями обменных процессов и иммунной защиты и часто сопровождается тяжелой эндогенной интоксикацией.

Цель исследования. Улучшить **Результаты** лечения гнойных процессов у больных сахарным диабетом путём включения в комплекс лечебных мероприятий региональной лимфатической антибиотикотерапии, энтеросорбции и аппликационной сорбции полифепаном.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы **Результаты** лечения 87 больных сахарным диабетом, у 59 из которых гнойно-некротический процесс локализовался на стопе. Следует отметить, что 37,6% изучаемого контингента больных составили лица пожилого и старческого возраста. Хирургическое лечение при гнойно-некротических поражениях стопы заключалось в поэтапных оперативных вмешательствах на стопе с применением экономных, щадящих методов оперативного лечения и санации очага поражения, направленных на максимальное сохранение опорной функции стопы. Для энтеро- и аппликационной сорбции использовали сорбент полифепан.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Результаты исследования. Клиническая картина гнойно- некротических поражений стопы у больных сахарным диабетом характеризуются атипичным течением. Впервые выявленный и до 10 лет СД был у 15,7 % больных, более 10 лет – у 27,1 %, более 15 лет – у 29,6 %, более 20 лет – у 27,6 % больных. Легкой степени тяжести – у 18,5%, средней тяжести – у 40,3 %, тяжелой степени – у 41,2% больных. Инсулинзависимый – у 19,8%, инсулиннезависимый – у 80,2% больных. Для создания достаточной концентрации антибиотиков в заинтересованных отделах организма и в лимфатических сосудах, представляющих собой основной путь распространения микробов из первичного очага мы не отказываясь от традиционной антибиотикотерапии изменили лишь место и способ их введения и применяли лимфотропно. Манипуляция проводилась в течении 7-8 дней 2 раза в сутки. Учитывая, что основная часть больных, с осложненной диабетической стопой люди пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией для детоксикации организма применяли метод энтеросорбции. В качестве сорбента использовали полифепан в суточной дозировке 1,0 г/кг массы тела в течение 8-9 дней. Для местного лечения гнойных ран использовали аппликационную сорбцию полифепаном. В случае обнаружения неклостридиальной анаэробной инфекции и антибиотикоустойчивой микрофлоры для промывания раны применяли 0,1 % раствор гипохлорита натрия. Использование в комплексном лечении этой тяжелой категории больных предложенных нами методов эфферентной терапии позволили сохранить опорную функцию конечности у 86% больных. Ампутации на уровне бедра выполнены у – 10 (10,5 %) больных, на уровне голени – у 3 (3,4 %), на уровне стопы – у 14 (16,1 %). Экзартикуляции пальцев выполнены у 25 (28,7 %), некроэктомии у 35 (40,2 %) больных. Летальность составила 3,4 % (умерло 3 больных).

Энтеросорбция полифепаном и региональная лимфатическая антибиотикотерапия в сочетании с аппликационной сорбцией полифепаном и является эффективной мерой в комплексном лечении гнойно-септических заболеваний у больных сахарным диабетом и взаимно дополняют друг друга, синхронно воздействуя на различные звенья сложного многофазного раневого процесса. Включение эфферентных способов терапии в комплекс лечебных мероприятий приводит к быстрому купированию гнойно-воспалительного процесса, уменьшает частоту гангрены, переводит его в сухую форму, снижает уровень и число ампутаций, уменьшает сроки лечения и риск летальных исходов.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что включение предлагаемых эфферентных способов терапии в комплекс лечебных мероприятий у больных с осложненной диабетической стопой позволяет повысить эффективность проводимого лечения, создает благоприятные условия для протекания репаративных процессов, способствует сохранению опорной функции конечности, уменьшает инвалидизацию больных. Хирургические и медикаментозные методы лечения гнойных процессов при сахарном диабете следует рассматривать как взаимодополняющие, а не конкурирующие или взаимозаменяющие.



ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Хазраткулов Р.Б., Рузикулов М.М., Расулов Ш.О.,

Бурнашев М.И., Ким А.А.

Республиканский Специализированный Научный Практический
Медицинский Центр Нейрохирургии

Актуальность. Артериальные аневризмы головного мозга остаются одной из сложных и актуальных проблем современной нейрохирургии. Особую группу артериальных аневризм представляют большие и гигантские аневризмы. В Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Нейрохирургии ежегодно поступают 20-25 больных с большими и гигантскими аневризмами сосудов головного мозга, что составляет 35 % всех больных с аневризмами. Около половины из них — пациенты с параклиноидными аневризмами, которым успешно выполняются радикальные операции клипирования аневризм.

Цель работы - оценка отдаленные результатов микрохирургического лечения больших и гигантских церебральных аневризм внутренней сонной артерии.

Материал и методы. Для оценки отдаленных результатов были отобраны 48 больных с большими (1,5—2,5 см) и гигантскими (>2,5см) аневризмами передних отделов виллизиева круга, оперированных в РСНПМЦН за период 2015—2018гг. Больные были представить сведения об основных жалобах, уровне социальной адаптации, функциональном исходе, состоянии зрительных и двигательных функций. Катамнез путем рассылки медицинских анкет или опросов по телефону был собран у 43 (89,58%) из 48 пациентов. Средний срок катамнеза составил $38,2 \pm 28,0$ мес. Средний возраст больных на момент операции — $42,55 \pm 8,5$ года, на момент оценки катамнеза — $49,4 \pm 9,8$ года. Мужчин было 26 (54,16%), женщин- 22 (45,84%). Радикальность хирургического лечения аневризм составила 95,8% (46 больных).

Результаты исследования. Анализ катамнеза выписанных больных показал, что у 16,7% из них имеются жалобы на головную боль, которую связывают с операцией. Стойкие элементы астенического синдрома отмечают 23% больных, нарушения сна— 4,1%, эпилептические приступы —2,0%. Благоприятные исходы по шкале исходов Глазго (4—5 по ШИГ) получены у 93,75% больного. При анализе динамики очаговых симптомов выяснилось, что грубые двигательные и зрительные нарушения (выпадения полей зрения и недостаточность глазодвигательных нервов) со временем имеют слабую тенденцию к восстановлению. Функциональные исходы, оцененные по шкале исходов Глазго (ШИГ), говорят о хороших результатах лечения в отдаленном периоде. Пациентов с отличными (5 по ШИГ) или хорошими (4 по ШИГ)исходами в катамнестической группе заметно больше, что говорит об определенной тенденции к регрессу неврологических расстройств со временем. В отношении двигательных дефектов отмечена аналогичная тенденция: лишь



6 (12,5%) пациента с легкими парезами отметили восстановление движений. У 2 (4,16%) больных, выписанных с парезами средней и тяжелой степени, их заметного регресса не отмечено.

Выводы. Несмотря на успешное применение современных эндоваскулярных методик для лечения больших и гигантских аневризм ВСА в последние годы, прямые микрохирургические вмешательства не теряют своей актуальности. Клипирование аневризм, как показала наша работа, остается высокоэффективным радикальным методом лечения больных с большими и гигантскими аневризмами с благоприятными как ранними, так и отдаленными результатами. Большинство больных со временем хорошо восстанавливаются и возвращаются к прежней жизни.

« ОЦЕНКА ДОППЛЕРОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И БЕЗ ДО И ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ СОСУДОВ»

Хайдаров М.О., Камалов Т.Т., Мирзаев К.К.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова, отделение диабетической стопы, Андижанский Государственный Медицинский Институт, кафедра хирургических болезней и гражданской обороны
Республика Узбекистан, 100125, г. Ташкент, ул. Мирзо лугбека, 56

Актуальность. Одним из наиболее тяжелых осложнений сахарного диабета и наиболее частой причиной госпитализации пациентов с диабетом является болезнь диабетической стопы, термин, включающий инфекции, язвы диабетической стопы (ДЯС) и гангрену. Методы реваскуляризации ишемизированных конечностей при СДС включают шунтирование и эндоваскулярное лечение. В TASC II указано, что реваскуляризация должна быть выполнена у пациентов с КИ с ишемической болью в покое, язвами или гангреной; тем не менее, по-прежнему недостаточно доказательств относительно метода выбора наилучшего метода реваскуляризации.

Цель исследования – изучить **Результаты** ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей у пациентов с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы ассоциированно с хронической сердечной недостаточностью до и после реваскуляризации сосудов.

Материал и методы исследования. Нами в течение 2022-2023 года на базе отделения диабетической стопы РСНПМЦЭ МЗ РУз было обследовано до и после реваскуляризации сосудов нижних конечностей 18 больных с СДС нейроишемической



формой, из них 11 мужчин и 7 женщин, средний возраст составил 64,5 лет. Пациенты были распределены на 2 группы:

1 гр – пациенты с СД 2 типа и нейроишемической формой СДС и ХСН– 10 больных ,

2 группа – пациенты с СД 2 типа и нейроишемической формой СДС без ХСН – 8 больных,

Группу контроля составили пациенты с СД2 без СДС и без ХСН (n=20)

Все пациенты были подвергнуты общеклиническим, биохимическим гормональным и инструментальным методам исследования -ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга, нижних конечностей, ЭКГ, Эхо-ЭКГ, бактериологический анализ отделяемого из раны, а также статистические методики.

Результаты исследования. Сравнение показателей доплерографии сосудов нижних конечностей в группах пациентов до выполнения операции показало, что у пациентов всех групп кровотоков был магистральный. В ближайшем послеоперационном периоде (через 3 мес) у пациентов обнаружены заметные изменения в лучшую сторону, особенно во 2 группе больных

Выводы. 1. У пациентов 1 группы было обнаружено наибольшее достоверное снижение ($p < 0,001$) всех показателей доплерографии сосудов нижних конечностей по сравнению с со 2 группой и контролем до операции.

2. В ближайшем послеоперационном периоде (через 3 мес) у пациентов обнаружены заметные изменения в лучшую сторону, особенно во 2 группе больных.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Хайдаров Н.С., Ходжиев Х.М., Тойчиев Б.А., Набижонова Д.Й.

Республика срочный медицинский помощь научный центр Фергана филиал

Аннотация.обсуждаются и обобщаются данные, собранные из анамнеза 168 пациенток, находившихся на лечении в стационаре по поводу острых гинекологических заболеваний у девочек в течение 2022 г. Клинические проявления обсуждаются в зависимости от даты и методов диагностики . Представлены статистические данные и **Результаты** после лечения.

Заболевание D : Брюшная полость у девочек Проблема комплексного подхода к лечению и профилактике спаечной болезни является актуальной, учитывая тяжесть процесса, значительное количество травм, развитие опасных осложнений, особенно характерных для раннего и молодого возраста, а также сохраняется репродуктивное развитие девочек и возможность иметь детей в будущем . Особенно после гинекологических заболеваний значительно увеличилась заболеваемость у девушек, что требует серьезного подхода к этому заболеванию.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель нашего исследования – брюшная полость у девочек. Анализ традиционных и лапароскопических операций в профилактике спаечной болезни и прогнозировании риска их осложнений .

Материалы и методы : в 2022 г. в отделение неотложной детской хирургии и неотложной гинекологии РШТТЮОИМФФ поступило 168 пациенток с апоплексией яичника (61 (36,3%) и разрывом и перекрутом кисты яичника). %) с апоплексией , 9 (5,3%) с разрывом и перекрутом кисты яичника лечились консервативно . Из 120 больных, перенесших оперативное лечение, 22 (18,3%) случая апоплексии были выполнены лапароскопически , 98 (81,7%) случаев были обусловлены разрывом и перекрутом кисты яичника, 58 (59%) случаев лечены лапароскопически , 40 (41%). %) случаев были лапаротомии .лечили оперативно.

Полученные **Результаты** вот и все показывает , что _ операции тип и метод в соответствии с два в группу существование полученный **Результаты** анализ сделано _ Традиционный метод операция сделанный пациентов от хирургии после другой у 28 (70%) человек другой жалобы с обращаться они сделали Эти пациенты должен придерживаться кишечник затмение с 3 людьми пациент снова обращаться при выполнении из них в больницу положил существование в 2(5%) из них слияния отдельный операция сделано _

лапаротомия от операции после в больнице средний уход 7-10 утра день продолжать достиг _ Лапароскопический метод сделанный операция у пациентов нам снова обращаться те, кто сделал этого не произошло и лапароскопический операция сделанный пациенты средний уход лечится 3-5 дней вышел .

Перенесено исследования живот космос должен придерживаться болезнь приходит на выходе от операций традиционный дорога с операция сделанный у пациентов встреча много наблюдается . Более того этот метод с живот занавес и в кишечник избыток травмы доставка уровень избыток из-за контракты фрукты быть возможно как можно выше остается _ Из этого кроме у пациентов желудок кишечник деятельности функциональный расстройства (прием пищи порядка нарушений) не наблюдалось . Эти изменения контроль делать контракты фрукты быть извини заранее предполагать делать возможность дам и риск факторы анализ делать , в них осложнения разработка и уход оптимизация давать возможность дал _

Вывод : острый гинекологический болезни оперативный в лечении осложнения профилактика получать для того, чтобы у пациентов профилактический меры брать идти нуждаться показывает .

Основной внимание :

1 . Операция вмешательство этап профилактика : методы и в технологиях изменения основной факторы эффект уменьшить направленный операция процедуры то есть операции лапароскопический подход разработка и возможность до традиционный методов меньше использовать _



2. Длинный срок профилактика - улучшение через косвенно эффект : рациональный питание , физиотерапия , массаж , терапия инструменты через еда пищеварение делать тракт производительность физическая образование и другие _

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Кодирова Г.И., Хайдарова Н.Б., Таштемирова И.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение: Актуальность работы определяется возрастающей частотой и неблагоприятным прогнозом инфаркта миокарда (ИМ) у женщин. Смертность больных женского пола в течение первого года после острых коронарных событий, завершившихся развитием некроза миокарда, в 1,5 раза превышает смертность мужчин и оставляет около 30%.

Цель исследования: Изучение течения и гормонального статуса у женщин среднего возраста с инфарктом миокарда.

Материал и методы. Проведенное исследование является открытым проспективным одногодичным наблюдением больных ИМ женского пола. Исследование проведено в период 2008-2010 годов. Больные обследованы в условиях специализированного кардиологического отделения. В исследование были включены 56 женщин, перенесших ИМ, в возрасте от 45 до 60 лет. Под наблюдением на стационарном этапе находились 56 женщин до 60 лет.

Критерии включения: женский пол; верифицированный инфаркт миокарда (ИМ): достоверный подъем сегмента ST, наличие зубца Q или диагностический уровень тропонинов при госпитализации; возраст до 60 лет.

Диагноз ИМ выставляли на основании комплексного клинико-инструментального и лабораторного исследования по критериям . Стандартизация медикаментозной терапии проведена согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов и ВНОК.

Результаты и обсуждения. Среди женщин до 60 лет при Q-ИМ передняя локализация встречалась в 54,0% (27), нижний ИМ - в 46,0% (23). При ИМ без зубца Q передняя локализация отмечена в 41,2% (32), нижний ИМ - в 57, 9% (44). Отмечена тенденция к увеличению частоты повторных ИМ в группе женщин старше 60 лет, чем до 60 лет, соответственно с 8,0 до 25,0%. Статистически значимых различий уровня сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE между группами женщин среднего и пожилого возраста данным амбулаторных карт до развития ИМ не было выявлено. По шкале GRACE для 6-месячного прогноза при Q-ИМ у женщин среднего возраста низкий риск выявлен в 47,2% (17), средний в 36,1% (13), высокий в 16,7% (6); у женщин пожилого возраста соответственно в 13,6 % (3), 50,0% (11) и 36,4% (8). При ИМ без Q у женщин



среднего возраста низкий риск выявлен в 21,4% (3), средний 57,2% (8), высокий в 21,4 % (3); женщин пожилого возраста соответственно в 18,5% (10), средний в 35,2% (19), высокий в 46,3% (25). Следует отметить, что больные с высоким риском, которым были проведены коронарные вмешательства, из исследования исключены. При анализе осложнений раннего постинфарктного периода установлено, что при ИМ у женщин среднего и пожилого возраста достоверных различий по ОЧН I, II, III, IV класса тяжести не установлено, отмечено увеличение ОЧН III в группе старше 60 лет ИМ.

Выводы. В среднем возрасте у женщин в 62% развивается Q-инфаркт миокарда, в 38% - инфаркт миокарда без зубца Q. Эксцентрическое ремоделирование сердца развивается у женщин среднего возраста после инфаркта миокарда передней локализации, при этом увеличение левых камер сердца, снижение систолической и нарушение диастолической функции сердца более выражены у женщин пожилого возраста, чем в среднем возрасте. Через год после Q-инфаркта миокарда ХСН ФК III развивается в 31,8% у женщин пожилого возраста, в 2,8% - у женщин среднего возраста. Раннее применение ингибиторов АПФ достоверно повышает клиническую эффективность лечения инфаркта миокарда у женщин среднего возраста: достоверно возрастает ФВдж, уменьшается индекс нарушения локальной сократимости левого желудочка, увеличивается толерантность к физической нагрузке.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Хайритдинов Б.Б., Хурshedжон Х.Т. Хайитов У.Х.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.

Цель работы: Целью настоящей работы явилось изучение эффективности региональной лимфатической антибиотикотерапии у детей с хроническим гематогенным остеомиелитом.

Материал и методы исследования: В работе обобщаются **Результаты** лечения 97 детей с 2016 по 2023 хроническим гематогенным остеомиелитом, у которых применялась региональная лимфатическая антибиотикотерапия в сочетании с ультразвуковой кавитацией раны. В контрольной группе было 75 детей, леченных традиционными методами. Методика: до операции берется гной на посев из свища и определяется чувствительность к антибиотикам. В ходе операции после удаления секвестров и некротизированной ткани полость обрабатывается низкочастотным ультразвуком с аппаратом УРСК-7Н-18 в течении 5-10 минут и полость заполняется гемопломбой с антибиотиками. В послеоперационном периоде в течении 5-7 дней проводилась региональная лимфатическая антибиотикотерапия. Антибиотики вводили 1 раз в сутки 1/3 суточной дозировки с учетом регионального лимфооттока и коллекторной



особенности лимфатической системы в данной области. Оценку эффективности проводимого лечения определяли на основании клинической картины, визуальной оценки местного процесса, микробиологических и иммунологических исследований.

Результаты исследования: Данная метод лечения показали высокую эффективность региональной лимфатической антибиотикотерапии в сочетании с ультразвуковой кавитацией раны в комплексном лечении хронического гематогенного остеомиелита у детей. В основной группе у 1 больного наблюдался рецидив, тогда как в контрольной группе - у 5 больных. Нормализация иммунологических показателей в основной группе также наблюдалась на 3-4 дня раньше, чем в контрольной группе.

Заключение : Таким образом, использование регионарной лимфатической антибиотикотерапии в сочетании с ультразвуковым исследованием раны в комплексном лечении хронического геморрагического остеомиелита у детей приводит к улучшению исходов и снижению частоты рецидивов заболевания.

СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И АНТИСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Хакимов Д.М., Мирзабаев Г.Э., Касимов Н.А., Бобаев У.Н

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. По данным статистических исследований последних лет 10-15% людей в мире страдают ЖКБ, которая занимает третье место в общей структуре заболеваний и второе место, среди urgentных заболеваний органов брюшной полости и занимает позицию одной из наиболее затратных для здравоохранения болезней пищеварительной системы. По оценкам специалистов, избыточный вес и ожирение являются причиной более 1,2 миллиона смертей в год. Среди лиц с ожирением часто встречается калькулёзный холецистит, чем у людей с нормальной массой тела.

Материал и методы исследования. За период с 2020 по 2021 годы на базе отделения хирургии РЦЭМП АФ по поводу ОКХ на фоне ожирения нами исследовано 1033 больных, которые условно выделены в две группы:

- группа сравнения (2020г.) - 454 (43,9%) больных с ОКХ на фоне ожирения, где хирургическая тактика (лечебно-диагностическая программа, выбор способов оперативных вмешательств, предоперационная подготовка и послеоперационное ведение) основана по общепринятым принципам;
- основная группа (2021г.) - 579 (56,1%) больных с ОКХ на фоне ожирения, где хирургическая тактика основаны на усовершенствованном лечебно-диагностическом алгоритмах, выборе способов оперативных вмешательств, предоперационной подготовки



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



и послеоперационном ведении с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови – проспективное исследование.

Результаты и их обсуждение. Среди исследуемых больных период предоперационной подготовки занимал до 6 часов (или от 6 часов до 2-3 суток). Только комплексная подготовка больных к операции может способствовать улучшению условий выполнения операции и способствует более гладкому течению послеоперационного периода.

Для определения состояния свертывающей и антисвертывающей системы крови, для достоверности полученных данных исследование проведено при деструктивных формах ОКХ.

общесвертывающая активность крови по тесту времени свертывания и времени рекальцификации оказалась укороченной и составило соответственно 214 ± 5 сек и 84 ± 5 сек. Толерантность плазмы к гепарину была повышена и в среднем составила 452 ± 15 сек. Следовательно, общая коагулирующая активность крови у больных ОКХ на фоне ожирения значительно повышена. Показатель Р отражает достоверность полученных результатов.

Как видно из таблицы 3.2., количество фибриногена более чем 1,5 раза превышала норму. Средние величины его составили 447 ± 20 мг%, при норме $261 \pm 7,1$ мг %.

Наблюдалось достоверное повышение проконвертина (VII) в среднем до $83,5 \pm 2\%$, а также количество тромбоцитов в среднем до $253,000 \pm 6.100$. Тромботест у 24 больных был повышен (7 степень), у 37- оказался в пределах нормы (4-6 степень).

Антикоагулянтная (гепариновая) и фибринолитическая активность крови у больных ОКХ на фоне ожирения была снижена. Они составили соответственно $3,8 \pm 0,3$ ед/мл и $10,2 \pm 0,3\%$.

Понижение фибринолитической активности крови шло параллельно повышению концентрации фибриногена крови. Разница между остальными показателями системы свертывания крови при статистической обработке оказалась недостоверной.

Хотя указанные изменения свертывания крови не патогномичны (так как повышение свертывания крови наблюдали мы при других воспалительных явлениях в брюшной полости), однако они в значительной степени отражают течение воспалительного процесса, будучи наиболее выраженными при деструктивных холециститах.

Заключение. Состояние показателей свертывающей и антисвертывающей системы крови при ОКХ на фоне ожирения выражается в повышении общесвертывающей активности крови по 3 тестам (укорочение времени свертывания, рекальцификации плазмы, повышении толерантности плазмы к гепарину), концентрации проконвертина (VII фактор) и в увеличении более чем в 1,5 раза содержание фибриногена крови. Показатели антисвертывающей системы крови (свободный гепарин, фибринолитическая активность крови) значительно повышены $-3,8 \pm 5$ ед/мл и $10,2 \pm 5\%$, соответственно.



Снижение антикоагулянтной и фибринолитической активности крови, повышение количества фибриногена, толерантность плазмы к гепарину имеет существенное значение в механизме послеоперационного внутрисосудистого тромбообразования, что требует проведения целенаправленной терапии по профилактике тромбоэмболических осложнений.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ ДОСТУПА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Хакимов Д.М., Мирзабаев Г.Э., Бобаев У.Н., Касимов Н.А.

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. По данным статистических исследований последних лет 10-15% людей в мире страдают ЖКБ. К тому же, проблема ожирения оценивается плохо изученной, имеющая значительные экономические последствия.

Материал и методы исследования. За период с 2020 по 2021 годы на базе отделения хирургии РЦЭМП АФ по поводу ОКХ на фоне ожирения нами исследовано 1033 больных.

Результаты и их обсуждение. Холецистэктомия из мини-доступа на фоне ожирения – выполнялась при лечении местно-осложненных форм ОКХ (исключение - плотный перивезикальный инфильтрат, при распространенном перитоните, осложненном тяжелым абдоминальным сепсисом или септическим шоком), при ОКХ на фоне холангиолитиаза, стеноза БСДК, а также в качестве конверсии при возникновении технических сложностей при выполнении ЛХЭ. ХЭ из мини-доступа может также применяться в качестве более простой, менее затратной и не требующей сложного оборудования.

В связи с этим нами разработан и применен способ ХЭ из мини-доступа на фоне ожирения (удост. рац предл №53 от 20.02.2023 г). Положение больного на операционном столе. Лежа на спине с приподнятой грудной клеткой относительно операционного стола на 35-40 градусов; операционный стол поворачивают на 20-30 градусов влево, что позволяет сместить внутренние органы от проекции желчного пузыря. (используется механический валик, расположенный на операционном столе под спиной пациента, в проекции печени) Ход операции. При данном мини-доступе разрез кожи выполняют параллельно и на 1,5 см ниже правой реберной дуг длиной до 5 см (в проекции пузырной точки), где мини-разрез начинают на середине проекции правой прямой мышцы живота. После, в косопоперечном направлении рассекают ½ часть переднего листка влагалища прямой мышцы живота, которую отодвигают медиальном направлении коротким краем крючка



Фарабефа и рассекают $\frac{1}{2}$ часть его заднего листка. Апоневроз наружной косой мышцы и поперечную мышцы живота тупо разводят. Брюшина с двух краев берется в зажимы Микулича и рассекают брюшину в направлении к обоим углам раны.

В рану вводят ретрактор, сдвигая окружающие органы в точности определяют нахождение желчного пузыря. Дно желчного пузыря берут в зажим Люера и слегка вытягивают в рану. Поочередно в полость раны вводят средние марлевые салфетки. Над ними накладывают 2 средних ретрактора в медиальном углу раны и со стороны нижнего края. Ширина ретрактора составляет 5 см, а длина- 22 см. Край печени отодвигается длинным концом крючка Фарабефа. Затем отступя 4-5 мм от края печени производят субсерозную отслойку желчного пузыря от ложа, захватив дно желчного пузыря зажимом Люэра.

По ходу мобилизации ЖП приподнимается над уровнем кожного разреза, что облегчает манипуляции в ее дистальном отделе (т.е. в области шейки пузырного протока и при необходимости на холедохе). Этим самым достигается универсальность разреза, что важно при выраженном развитии подкожно жировой клетчатки.

На уровне шейки, ориентируясь на треугольник Кало, на зажим берут пузырную артерию, пересекают и лигируют викрилом №1. Пузырный проток пересекают на уровне 5-7 мм от холедоха, культю лигируют викрилом №1. После контроля гемостаза к Винслову отверстию устанавливают дренаж и **Выводят** через отдельное отверстие в правом подреберье. Операционную рану ушивают послойно наглухо. На кожу накладывают косметический шов.

Заключение. Предлагаемый способ выполнения ХЭ из мини-доступа обеспечивает повышение эффективности операции на фоне ожирения, а также уменьшению травматичности, косметичность рубца и сокращение продолжительности операции. Кроме того, в способе снижается травматичность операции за счет сохранения целостности нервных окончаний, правой прямой и косых мышцы живота, небольшой, и косопоперечный разрез (до 5 см) и пластические швы дают лучший косметический эффект, а также снижают продолжительность операции.

Таким образом, на современном уровне развития хирургии мы считаем, что при ОКХ на фоне ожирения ХЭ из мини-доступа не должна являться альтернативой ЛХЭ. Оба способа операции у данной категории больных являются не конкурирующими, а взаимно дополняющими. И именно у при ОКХ способ ХЭ из мини-доступа может являться «золотым стандартом», также, как и ЛХЭ при хроническом калькулезном холецистите.



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Хахимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Аннотация. В данном материале приводятся данные об оценке клинической эффективности усовершенствованной методики эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях. Предложен метод эндоскопической аппликации в зону язвенного дефекта нового отечественного гемостатического композита, изготовленного на основе субстанции «Гепроцел». Полимер в виде порошковой субстанции распылялся эндоскопически посредством специального доставочного устройства. Формирование пленки поверх язвенного дефекта подразумевало не только усиление гемостатического эффекта, но и обеспечение барьерной (защитной) функции от воздействия пищеварительного сока.

Результаты доказали, что предложенный способ эндогемостаза при гастродуоденальных язвенных кровотечениях позволяет достоверно снизить риск рецидива геморрагического синдрома, необходимость в оперативном лечении и показатели летальности.

В настоящий период эндоскопические вмешательства позволяют выполнить различные варианты гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях, включая химический, механический и физический методы. Однако, при всех преимуществах этих малоинвазивных технологий, по-прежнему сохраняет **Актуальность** вопрос о выборе способа гемостаза и его сравнительной эффективности в плане профилактики рецидива геморрагического синдрома.

Целью исследование явилось улучшение результатов эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях, путем использования нового биосовместимого имплантата.

В основу работы положены **Результаты** лечения 557 больных с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), осложненной кровотечением. В контрольную группу включено 290 больных, из которых 48 пациентам с активным кровотечением выполнялись стандартные эндоскопические методики гемостаза - инфильтрационный гемостаз (0,1% раствор адреналина гидрохлорида или 70% раствор этилового спирта), а в 242 случаях при верификации остановившегося кровотечения эндоскопия ограничивалась диагностическим этапом с последующим консервативным ведением пациентов. В основную группу включено 267 больных, которым помимо эндоскопического гемостаза при активном кровотечении (46 больных) манипуляция дополнялась выполнением предложенной методики эндоскопического лечения гастродуоденальных кровотечений язвенного генеза (аппликация пленкообразующего полимера, изготовленного на основе отечественной субстанции «Гепроцел», посредством



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



применения специального доставочного устройства, вводимого в канал эндоскопа для контролируемого введения и размещения гемостатического средства поверх кровоточащего эрозивно-язвенного дефекта слизистой). При выявлении остановившегося кровотечения (221 пациент) эндоскопическое вмешательство также сопровождалось выполнением предложенного способа.

В контрольной группе ранний рецидив кровотечения отмечен у 3 (8,3%) из 36 пациентов с эндогемостазом при активном кровотечении из язвы ДПК. После верификации остановившегося кровотечения рецидив развился в 18 из 182 (9,9%) случаях. Как правило эти рецидивы возникали в первые трое суток. Дополнение эндоскопии предложенной методикой аппликации субстанции «Гепроцел» позволило снизить частоту рецидива в основной группе до 3,1% (у 1 из 32 пациентов) в подгруппе с активным кровотечением с проведением эндогемостаза и до 1,9% (у 3 из 188) в подгруппе с остановившимся кровотечением, эти значения оказались достоверно лучше, чем в контрольной группе ($\chi^2=9,996$; $df=2$; $p=0,007$). Эндоскопическое лечение кровотечений при ЯБЖ также показало преимущество применения предложенной методики. Так, в контрольной группе ранний рецидив кровотечения отмечен у 1 (8,3%) из 12 пациентов с эндогемостазом при активном кровотечении и у 4 (6,7%) из 60 на фоне остановившегося кровотечения и консервативной терапии. В свою очередь в основной группе после эндогемостаза рецидивов не было, а после аппликации на фоне остановившегося кровотечения рецидив отмечен в 1 (1,5%) из 65 случаев (достоверности не отмечено ввиду малой выборки в группах). В целом по группам рецидивы отмечены в 26 (9,0%) случаях в контрольной группе и у 5 (1,9%) в основной группе. Соответственно без рецидива кровотечения было 264 (91,0%) и 262 (98,1%) пациентов ($\chi^2=13,306$; $df=1$; $p<0,001$).

Снижение риска рецидива повлияло и на необходимость выполнения хирургического лечения язвенных кровотечений. При ЯБДПК в контрольной группе рецидив после эндогемостаза в 2 случаях потребовал оперативного лечения, а повторный эпизод кровотечения в подгруппе с консервативной тактикой у 14 (7,7%) больных. В основной группе оперировано только 2 (1,3%) пациентов с рецидивом после спонтанного геостаза. Всего в подгруппе с ЯБДПК оперировано 16 (7,3%) и 2 (1,1%) пациентов соответственно ($\chi^2=9,495$; $df=2$; $p=0,009$). При ЯБЖ с рецидивом было оперировано 3 (4,2%) больных в контрольной группе и только 1 (1,3%) больной в основной группе.

В подгруппе с ЯБДПК в контрольной группе умерло 3 (1,4%) пациента, в основной группе 1 (0,5%). На фоне кровотечения из язвы желудка этот показатель составил 2,8% (2 пациента) и 1,3% (1 пациент) соответственно. В целом, летальности в подгруппах с эндогемостазом не отмечено, на фоне консервативной тактики умерло 5 (2,1%) больных в контрольной группе и 2 (0,9%) пациента в основной группе. Соответственно для групп в общем эти показатели летальности составили 1,7% и 0,7%.



РАЗРАБОТКА НОВОГО МЕТОДА ПЛАЗМОСОРБЦИИ С УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРНЫМ ОБЛУЧЕНИЕМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б.А., Минаваров Н.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Введение. На современном этапе развития гепатологии и перспективными остаются исследования, направленные на совершенствование технологий экстракорпоральной детоксикации, в частности, разработку новых гемосорбентов высокого качества на основе специальных видов сырья и технологий, позволяющих улучшить качество удаления токсических метаболитов и снизить риск развития или прогрессирования полиорганной недостаточности.

Цель исследования: изучить эффективность ПС углеродным гемосорбентом в сочетании с лазерным облучением в эксперименте
Материалы и методы.

Фундаментом данного исследования послужили **Результаты** использования нового отечественного гранулированного углеродного сорбента (УНПГС) с преимущественным содержанием нано- и мезопор в экспериментальных условиях. Экспериментальные исследования выполнены на беспородных собаках по применению нового угольного сорбента и выполнены на базе ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Методика операции на собаках по моделированию механического блока холедоха выполнена по авторской методике. Предварительная премедикация осуществлялась

Введением внутримышечно растворов 2% промедола (2-5 мг/кг), димедрола (2 мг/кг), седуксена (0,4 мг/кг). Базовый наркоз осуществляли ингаляционным антисептиком изофлюраном. Режим вентиляции: частота 24 в минуту, объем 300 мл. После завершения операции животное переводилось в изолятор с последующим обезболиванием с использованием ненаркотических анальгетиков.

Результаты исследования. На 5 сутки после операции, в момент наивысших значений билирубина с нарастанием патологических метаболитов, свидетельствующих о признаках печеночной недостаточности проводили плазмосорбцию (ПС) с использованием нового угольного сорбента УНПГС. Проводили забор крови поэтапно по 200 мл с замещением 200 мл физиологического раствора. Полученную кровь помещали во флакон с цитратом натрия и проводили центрифугирование в щадящем режиме. Отделенную плазму оставляли для проведения ПС, а эритроцитарную массу возвращали в кровяное русло собаки. Сорбцию плазмы проводили на аппарата Унирол в режиме рециркуляции в течение 20 минут. Сорбент использовался в количестве 50 г на 200 мл плазмы. В последующем плазма возвращалась в кровяное русло с предварительным



забором 200мл крови для очередного сеанса ПС. Процедура ПС выполнялась за один сеанс двукратно с сорбцией до 400мл крови. Кровь для биохимических исследований брали у животных на высоте патологического процесса, плазмы до начала и после ПС, а также кровь животного после завершения сеансов ПС через 120 минут.

Наибольший эффект наблюдался после 2 сеансов ПС с общим (поэтапным) использованием 400 мл плазмы. Достигнуто достоверное снижение уровня практически всех патологических уровней метаболитов: билирубина, мочевины, креатинина, аммиака. Каждый сеанс ПС сопровождался использованием новой сорбционной колонки. Для УНПГС ПС была наиболее эффективна в течение 10 минут (в соотношении 50 г/100мл плазмы).

Полученные **Результаты**, свидетельствующие о высокой сорбционной активности отечественного гемосорбента, показали фактически идентичную его эффективность в сравнении с угольным сорбентом. В связи с чем, следующей задачей настоящего исследования явилась оценка возможности усиления сорбционной активности гемосорбента. Для этого было решено использовать воздействие на поры гемосорбента лазерного излучения. Данный способ осуществляется следующим образом: при пропускании плазмы через углеродный гемосорбент осуществляется адсорбция патологических метаболитов гранулами сорбента. Для лучшего поглощения метаболитов порами сорбента используется импульсное ИК-лазерное излучение в диапазоне 890-950нм. Лазерное излучение осуществляется в импульсном режиме, с параметрами не менее 7 Вт в импульсе, частотой 80-100Гц. Лазерное облучение(ЛО) начинается через 10 минут после начала сорбции и продолжается в течение еще 20 минут. Всего сеанс ПС с использованием одного сорбента продолжается 30 минут. Использование лазера должно способствовать повышению сорбционной емкости сорбента вследствие эффекта ударной световой волны на границе сред: жидкость-гранулы сорбента. ИК- излучение в этом диапазоне обладает максимальной проникающей способностью в биологических средах организма. Использование частоты 80 Гц обосновывается оптимальным биологически эффектом в этом диапазоне частоты излучения.

Использован отечественный, сертифицированный лазерный аппарат Согдиана. Излучение в диапазоне 890нм, частотный режим от 80Гц до 1500Гц. Мощность в импульсе до 10Вт. В целом включение лазерного облучения в процесс проведения ПС через нанопористый гемосорбент при экспериментальной модели механической желтухи позволило усилить поглощающий эффект методики, что доказано снижением общего билирубина после 2 сеансов с $216,5 \pm 11,0$ до $63,8 \pm 6,4$ мкмоль/л (без ЛО - с $217,3 \pm 6,6$ до $90,3 \pm 5,4$ мкмоль/л; $p < 0,05$) и в дальнейшем до $38,5 \pm 1,3$ мкмоль/л (против $49,0 \pm 4,0$ мкмоль/л; $p < 0,05$), а также более ускоренным восстановлением показателей креатинина и аммиака на 3-5 сутки наблюдения ($p < 0,05$ по отношению к ПС без ЛО).

Заключение.

Таким образом, полученные **Результаты** с обоснованной безопасностью и эффективностью проведения плазмсорбции через новый отечественный гемосорбент с



включением в процесс детоксикации лазерного облучения позволяют рекомендовать применение разработанной методики в клинической практике, с дальнейшей оценкой качества экстракорпоральной детоксикации при комплексном лечении печеночной недостаточности на фоне механической желтухи или другой этиологии в клинической фазе исследований.

ШКАЛА ОЦЕНКИ СТАДИИ ДИСЛОКАЦИОННОГО СИНДРОМА.

М.Н. Хакимов, А.Б. Мамадалиев

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Показания к объему хирургического вмешательства при супратенториальных опухолях головного мозга зачастую определяются выраженностью дислокационного синдрома, но не существует единого мнения по поводу степени или стадии данного патологического явления.

Цель - предложить шкалу оценки стадий дислокационного синдрома с учетом анализа собственного материала и литературных данных.

Материал и методы исследования. Ретроспективно и проспективно нами изучены данные 46 больных с супратенториальными опухолями головного мозга. На основе этих данных нами предложена собственная шкала определения стадии дислокационного синдрома при супратенториальных опухолях головного мозга.

Дислокационный синдром при опухолях головного мозга имеет свои особенности и различается от такового при травмах или нетравматических внутримозговых кровоизлияниях. Это обуславливает деление дислокационного синдрома на стадии, в отличие от травм или инсультов, где уместнее было бы деление на степени. В связи с этим мы посчитали необходимым подходить к дислокационному синдрому при супратенториальных опухолях головного мозга со стороны адаптационных свойств организма и выделили адаптированную, неадаптированную компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную стадии дислокационного синдрома.

Огромное значение имеют внутрочерепные резервные пространства. Их истощением на фоне повышения внутрочерепного давления объясняются так называемые «апоплексические» или «инсультоподобные» дебюты доброкачественных опухолей головного мозга.

Следует уделить внимание направлению дислокации. Так, если при травмах головного мозга и нетравматических внутримозговых кровоизлияниях наблюдается боковая дислокация, то при супратенториальных опухолях, учитывая многообразие их локализации, направление смещения может быть любым и при выборе тактики лечения и клинических проявлениях необходимо учитывать, что размер опухоли не имеет первостепенного значения.

Результаты. Основываясь на вышеуказанных моментах, предложенная шкала представлена в виде суммы баллов, учитывающих направление дислокации, внутрочерепные пространства и наиболее частые признаки дислокации.

По данной шкале, проведен проспективный анализ 46 пациентов с супратенториальными опухолями головного мозга. Выявлено что 20 больных (43,5%) находились в стадии адаптированной дислокации. У 15 больных (32,6%) наблюдалась неадаптированная дислокация с компенсацией. У 8 больных (17,4%) субкомпенсированная, у 3 больных (6,5%) декомпенсированная дислокация.

Вывод. При непосредственной оценке стадии дислокационного синдрома 46 пациентов, предложенная шкала выявила очень хорошее значение Алфа Кронбаха = 0,905 и может быть использована для оценки стадии дислокационного синдрома, что в свою очередь позволит выбрать оптимальную тактику лечения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ.

Хакимов М.Н., Кариев Г.М., Худайбердиев К.Т., Мирзаюлдашев Н.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан.

Дислокация мозга является грозным осложнением опухолей головного мозга и могут стать причиной летальных исходов, а также инвалидизации больных.

Цель: изучить **Результаты** хирургического лечения больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации с дислокационным синдромом.

Материал и методы: исследованы **Результаты** хирургического лечения 46 больных с клиническими и компьютерно-томографическими признаками дислокации мозга которые находились в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период 2019-2021 гг. Общее состояние больных оценивалось по Шкале Карновского, неврологический дефицит по шкале NANO, анализ выживаемости по методу Каплана-Майера в трех месячном катамнезе.

Результаты: тотальное удаление опухоли проводилось в 69,6% случаях (33 больных), частичное удаление опухоли – 23,9% (11 больных), декомпрессия проводилась у – 6,5% (3 больных). Среднее значение Индекса Карновского у выживших больных был через 3 месяца после операции был выше на $26,74 \pm 8,393\%$ чем при поступлении ($p=0,001$). У 2 (2,2%) больных наблюдался летальный исход. Медиана срока смертельного исхода составила 45 суток (ДИ: 1,9-88,1). Прогрессия неврологического дефицита наблюдался у 6,5% больных, стабильность – у 19,6% больных, регрессия у 65,2% больных.



Выводы: Тактика хирургического лечения с учетом объема вмешательства (тотальное, частичное удаление и декомпрессия) является эффективным методом лечения больных супратенториальными опухолями головного мозга с дислокационным синдромом.

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Хакимов О.С., Отакузиев А.З., Мадвалиев Б., Шокирова Г.О.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность проблемы. В настоящее время частота выявляемых совместных хирургических и гинекологических заболеваний составляет от 2,8 до 63 %. Сочетание хронического холецистита и гинекологической патологии встречается крайне часто. Однако, вследствие неполного догоспитального обследования больных, дискоординации взаимодействия хирургов и гинекологов и боязни расширения объема операции, таким пациентам зачастую приходится переносить двухэтапное хирургическое лечение. Это приводит к повторному операционно-анестезиологическому риску, морально-психологическому стрессу, ухудшению качества жизни, экономическим потерям.

Основываясь на многолетнем опыте выполненных диагностических лапароскопий и эндохирургических операций в клинике АндГосМИ изучены вопросы диагностики, тактики ведения больных с симультанной патологией и усовершенствованы методы выполнения симультантных лапароскопических операций на органах малого таза и брюшной полости.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости и малого таза путем применения симультантных лапароскопических операций.

Материалы и методы. Нами проанализировали опыт лечения 438 гинекологических больных с сочетанной хирургической патологией, которым были выполнены симультантные операции в период с 2018 по 2022 г. Возраст больных колебался от 26 до 44 лет ($30,8 \pm 1,6$). Гинекологические операции выполнялись лапароскопическим доступом по поводу доброкачественных новообразований матки, придатков матки, кисты яичника. Хирургические вмешательства проводились женщинам по поводу следующей патологии: желчекаменная болезнь, вентральные грыжи, спаечная болезнь брюшной полости, хронический аппендицит, варикозное расширение вен нижних конечностей, геморрой.

При обследовании больных было выявлено, что наметился устойчивый тренд повышения частоты сочетания гинекологической патологии с желчнокаменной болезнью, а у больных с миомой матки, у 12,7–20 % пациенток был диагностирован хронический калькулезный холецистит. Чаще всего у гинекологических больных обнаруживался хронический калькулезный холецистит – в 58,6 % случаев.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Все операции выполнялись с применением видеолапароскопической техники, так как именно она, сопровождается меньшим количеством осложнений в сравнении с открытой операцией.

У 68 женщин (средний возраст $30,7 \pm 1,5$ лет) с помощью лапароскопического доступа выполнена холецистэктомия в сочетании с резекцией яичника (42,7 %), с овариоэктомией (10,3 %), с кистэктомией (10,3 %), с надвлагалищной ампутацией матки – (8,8 %), пангистерэктомией (7,3 %), с консервативной миомэктомией и резекцией яичника (8,8 %), с надвлагалищной ампутацией матки с цистэктомией (11,8 %). Средняя продолжительность обоих этапов операции составила $105 \pm 5,5$ минут, средняя интраоперационная кровопотеря – 136,95 мл, причем во всех случаях кровопотеря была отмечена при выполнении основного этапа, тогда как при выполнении сочетанного этапа сколько-нибудь значительной кровопотери не отмечено. Симультанная лапароскопическая холецистэктомия при неосложненных формах желчнокаменной болезни не имеет каких-либо специфических особенностей, сопровождается **Введением** трех дополнительных портов и увеличивает общую продолжительность операции в среднем на $30,0 \pm 1,5$ мин. независимо от вида гинекологического вмешательства.

Результаты исследования. Анализ проведенных исследований показывает, что симультанные операции в два-три раза сокращают сроки пребывания больного в стационаре и продолжительность временной нетрудоспособности, в три раза повышают экономическую эффективность лечения и улучшают качество жизни пациентов. Число послеоперационных осложнений после симультанных операций у женщин по поводу доброкачественных гинекологических заболеваний и калькулезного холецистита, составило 1–0,5 %, летальность - 0%.

Вывод. Проведение симультанных операций у женщин с сочетанной гинекологической и экстрагенитальной хирургической патологией позволяет эффективно снизить затраты на оперативное лечение пациенток без существенного удлинения времени операции, срока и течения послеоперационного периода. Симультанные операции могут и должны выполняться в специализированных стационарах, оснащенных современным оборудованием и имеющих мультидисциплинарную команду хирургов, при выявлении у женщин двух и более заболеваний, требующих хирургической коррекции.

ПОКАЗАТЕЛИ ФЕРМЕНТА ПЕПСИНОГЕНА И БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ

Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т., Арзибекова У.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Согласно современным представлениям, пищеварение, в зависимости от происхождения осуществляющих его ферментов, делится на три группы: собственное,



симбионтное и аутолитическое. Последнее обеспечивается ферментами пищи, т.е. пища в своем составе содержит не только питательные ингредиенты, но и гидролизующие их ферменты. Существенное значение в гидролизе нутриентов грудного молока (ГМ) отводится его ферментам, что имеет значение в аутолитическом пищеварении детей первых месяцев жизни, плавному переходу к смешанному и дефинитивному питанию. В становлении последних важную роль играет активация ферментов пищи в пищеварительном тракте организма. Такой тип пищеварения называется индуцированным гидролизом питательных веществ.

Основной **Целью** данной работы явилось изучение соотношения гидролитического фермента пепсиногена и белка в составе грудного молока кормящих матерей в ходе лактации.

Обследованы 134 кормящие женщины без фоновых и экстрагенитальных заболеваний до и во время беременности и в период лактации. Контингент кормящих матерей в зависимости от лактационного периода распределялись следующим образом: 1-3 месяца – 35 (I период); 4-6 месяца – 52 (II период); 7-9 месяца – 26 (III период) и 10-12 месяца – 21 (IV период).

В исследуемых образцах грудного молока изучалось содержание белка и фермента пепсиногена. При интерпретации изучаемых показателей нами учитывалось не только содержание белка и пепсиногена (г/л, ед/мин), но также их напряжение (выделение) с учетом суточного объема молока (г/л/сут, ед/мл/мин). Данные материалов обработаны методом параметрической статистики (Лакин Г.Ф., 1980).

Среднее выделение пепсиногена в первые месяцы лактации во всех группах кормящих матерей показал, что ГМ обладает достаточно высокой протеолитической активностью за счет пепсиногена (8,2±0,46 ед/мл/мин), и к концу лактации этот показатель существенно снижался (до 4,4 ед/мл/мин, $P \leq 0,001$). Снижение пепсиногена в составе ГМ в период лактации (впервые 12 месяцы) не происходит равномерно. Так, отмечается некоторое увеличение этого параметра на 4 7 - 8 месяцы лактации (8,2 – 8,4 ед/мл/мин, $P \leq 0,05 - 0,01$). Изучение динамики выделения пепсиногена в составе ГМ у разных кормящих женщин показали некоторую закономерность: у молодых первородящих женщин первоначальная вариация выделения пепсиногена высокая, а у женщин в возрасте 30 лет и старше, а также у повторнородящих (3 и более родов) - низкая. Отмечается, что если в начале лактации в составе ГМ выделяется большее количество пепсиногена (первородящие с 1-2 родами, в возрасте 20 лет и младше), то их динамика в ходе лактации снижается более круто, чем у тех женщин, у которых первоначальное выделение пепсиногена было более низкое (повторнородящие, 3 и более родов, в возрасте 30 лет и старше). У последних, после некоторого снижения выделения пепсиногена в составе ГМ, в последующие месяцы лактации выделение этого фермента нарастает и более длительное время удерживается в этих пределах. Создается впечатление, что грудные железы как бы компенсируют исходно низкий уровень выделения пепсиногена с пролонгированным удержанием достаточной концентрации.



Эти данные можно рассматривать как проявление адаптированности свойств молока к его протеолитическому (индуцированному) пищеварению. Корреляционные связи между выделяемым количеством белка и пепсиногена в составе ГМ отсутствуют у многорожавших женщин и в возрасте 30 лет и старше. При этом, у последних групп кормящих матерей в составе ГМ к 7 месяцу лактации существенно снижается выделение пепсиногена на фоне высокой выделительной способности грудных желез по белкам. Установлена зависимость между выделением в составе ГМ белка и протеолитического фермента пепсиногена у молодых первородящих кормящих матерей, что можно рассматривать как проявление адаптированности свойств молока к его индуцированному аутолитическому пищеварению. У детей многорожавших женщин, а также кормящих матерей в возрасте 30 лет и старше имеет место физиологическая предпосылка к раннему переходу к собственному пищеварению в ущерб аутолитического.

ОБРАЗ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Хакимова З.К., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасолиев З.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования – выявить и изучить основные показатели образа жизни и роль факторов риска в снижении качества жизни у долгожителей Ферганской долины Республики Узбекистан с общей терапевтической патологией.

Материал и методы исследования. Данные клинические исследования были проспективными и контролируемые. Нами были исследованы 620 долгожителей, проживавших в областях Ферганской долины Республики Узбекистан за период с 2019 по 2021 год. Из них: 200 – жители Андижанской области, 227 – жители Ферганской области и 193-жители Наманганской области.

Всем были проведены клинические и инструментальные методы исследования. Все долгожители были опрошены с использованием анкеты-опросника для выявления состояния образа и качества жизни. Так изучен вопрос о состоянии питания, наличие сопутствующих заболеваний и патологии органа зрения и другие причины, приводящие к снижению качество жизни долгожителей.

Результаты и их обсуждение. В результате обследования 620 долгожителей некоторых регионов Республики Узбекистан были выявлены общетерапевтические и глазные болезни, данные о которых приведены в таблице №3. Так снижение остроты зрения колебалось в пределах от 0.01 до 0.5 у 566 долгожителей. При заполнении опросника по вопросу образа жизни и режима питания долгожителей, выяснилось, что 70% опрошенных не соблюдают правила правильного отдыха и питания. У 50%



обследованных выявлены нарушения режима приема пищи в виде позднего ужина после 19.00. А 20% пожилых не соблюдали режим сна.

Выводы. Проведенная работа по изучению образа и качества жизни долгожителей в областях Ферганской долины Республики Узбекистан показали на нарушения правил питания и режима сна у большинства долгожителей, что является негативно воздействующим фактором на качество и образ жизни долгожителей. Дальнейшая исследовательская работа с долгожителями является актуальной и представляется важной медико-социальной задачей современного общества, общетерапевтической и офтальмологической служб, требующей последующей разработки программ по их профилактике, а также практических рекомендаций для семейных врачей и офтальмологов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ОБУЧЕНИИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛГОЖИТЕЛЯМ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН.

Хакимова З.К., Камилов Х.М., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Мамасалиев З.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования явилось усовершенствование оказания качественной медицинской помощи долгожителям в первичном звене здравоохранения.

Материал и методы. Были определены следующие задачи:

- обучение семейных врачей знаниям и навыкам в области оказания долгожителям качественной врачебной медицинской помощи, в частности офтальмологической в условиях первичного звена здравоохранения;
- внедрение в практику обучающихся врачей первичного звена обучающих программ, основанных на современных технологиях до госпитальной диагностики и лечения;
- проведение ежеквартального мониторинга и анализ базового уровня семейных врачей-курсантов до и после обучения.

Результаты. Анализированы **Результаты** обучения 160 семейных врачей работающих в центральных многопрофильных или семейных поликлиниках некоторых регионов Республики Узбекистан по 36 и 72 кредитно-часовой программе «Особенности офтальмологической помощи в практике семейного врача» тематического повышения квалификации.

При обучении курсантам давалась теоретическая информация, затем на практических занятиях, проводимых на клинических базах, они осваивали практические навыки работы с пациентами пожилого возраста с различными глазными патологиями.

Все врачи были опрошены по опроснику подготовленного для анализа базовых знаний по оказанию первичной медицинской врачебной помощи долгожителям. Анализ базового



уровня семейных врачей-курсантов свидетельствует о недостаточности у них знаний и необходимых навыков по оказанию качественной первичной врачебной офтальмологической помощи лицам пожилого возраста.

Анализ базового уровня врачей-курсантов проводился до обучения. После обучения ежеквартально проводился мониторинг и анализ уровня семейных врачей-курсантов в течение 2021 года.

Выводы. Полученные **Результаты** обучения семейных врачей центральных многопрофильных и семейных поликлиник знаниям и навыкам в области оказания качественной первичной медицинской и офтальмологической помощи долгожителям в условиях первичного звена здравоохранения и внедрение в практику семейного врача обучающей программы, ежеквартальное дистанционное мониторинговое, полученных до и после обучения знаний свидетельствуют, о совершенствовании оказания качественной первичной врачебной и офтальмологической помощи долгожителям с различными заболеваниями органа зрения. В результате улучшаются показатели работы семейного врача и офтальмолога, обеспечивается улучшение качества обслуживания и качество жизни долгожителей

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ В ГЕРИАТРИИ

Халилов А.Н., Эшонхужаев О.О., Умархужаева М.И.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Не секрет, что для пожилых людей весьма характерны проблемы со здоровьем. Около 70-80% из них страдают одним или несколькими хроническими заболеваниями. Следствие этого - весьма большой процент потребления лекарств пожилыми людьми.

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

Результаты и обсуждение. Из-за «букета» сопровождающих заболеваний в преклонном возрасте, возрастает потребления лекарственных препаратов у людей данной группы. Такое значительное потребление лекарств ведет к большому количеству неблагоприятных эффектов лекарств (НЭЛ). Все последствия множественной фармакотерапии - возросшие расходы, нежелательные эффекты ЛС, а также злоупотребление лекарствами или их неподходящее использование - с большей вероятностью встречаются среди пожилых, чем в любой другой возрастной группе. Исследование в странах Великобритании выявило, что НЭЛ были единственной или частичной причиной 10% случаев госпитализации в гериатрические отделения.



В Канаде подсчитали, что в одной провинции у 18-20% пожилых людей, поступивших в больницы неотложной помощи, имелись осложнения в результате использования лекарств, отпускаемых по рецепту.

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

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

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

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

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ИЗ ВЕРХУШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

**Хамидов И.Н., Турсункулов И.К., Махмудов А.Х., Аскарлов И.К., Ачилова Ш.С.
Самаркандский региональный филиал РСНПМЦК**

Актуальность. Распространенность наджелудочковой тахикардии (НЖТ) в общей популяции представлена следующими цифрами: 2,28 на 1 тыс. человек, тогда как заболеваемость — 37/100000 человеко-лет. Важно учитывать и факт распространенности ЭКГ признаков синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта, которые составляют 0,17- 0,29% . Чем женщины, мужчины чаще страдают атриовентрикулярной реципрокной тахикардией (АВРТ). Множественные дополнительно предсердно-желудочковые соединения (ДПЖС) встречаются у $\leq 12,6\%$ пациентов с предвозбуждением желудочков и $\leq 50,3\%$ пациентов с аномалией Эбштейна в нашем Самаркандском региональном филиале РСНПМЦ Кардиологии за 2022 -2023 года у 4(8,9 %) пациентов наблюдалась- множественная фома WPW синдрома.



Цель исследования. Достижение успеха в области терапии желудочковой экстрасистолии и желудочковой тахикардии из верхушечной области левого желудочка.

Материал и методы исследования. Больная Э.14 лет. Поступила в аритмологическое отделение с жалобами на приступы учащенного сердцебиения. Приступы тахикардии беспокоят с декабря 2021 года. Со слов матери бабушка умерла внезапно. На ЭКГ регистрируется ЖЭ с эпизодами ЖТ с ЧЖС 240-250 уд\мин.(Q-T интервал 0.42 мс) На СМХ (на фоне кордарон, метопролола)ЖЭ 28972 мономорфная с пробежкой ЖТ. На ЭХО ФВ 58 %, КДР-5,8.

Результаты исследования. Выполнено электрофизиологическое исследование сердца (ЭФИ). Пациентка доставлена в рентгеноперационную, когда регистрировался синусовый ритм с ЧСС 64-70 уд/мин., с частой ЖЭ и с неустойчивой ЖТ. При картировании ЖЭ наиболее ранняя точка в ПЖ не регистрируется. Далее пунктирована правая бедренная артерия. Орошаемый электрод проведен в ЛЖ. При картировании ЛЖ самая ранняя зона ЖЭ и ЖТ отмечается в верхушечной части ЛЖ с опережением от референта 44-48 мс. При стимуляционном картировании морфологии стимулированные комплексы идентичны с комплексами ЖЭ на 12-канальных ЭКГ. Там же выполнено несколько точечная РЧА воздействие с феноменом разогрева миокарда, но без эффекта. Наблюдается изменения меньшей степени морфологии ЖЭ на 12-канальных ЭКГ. Средняя температура 35-45 градуса, мощность 35 Вт и сопротивление 116-140 Ом. Дополнительно проведено РЧА в данной зоне(мощность 38 ВТ) с купированием ЖТ. Сразу после РЧА ЖЭ нет. Выполнено объемная, линейная РЧА воздействие в области в верхушечной части в боковой стенке ЛЖ. Через 30 мин наблюдении ЖЭ нет. Средняя температура 35-45 градуса, мощность 38 Вт и сопротивление 130-140 Ом. На СМХ через 3 месяца 580-ЖЭ без регистрацией ЖТ.

Вывод: У пациента с кардиопатией РЧА является высокоэффективным методом лечение ЖТ, но такие больные нуждаются в имплантацию кардиовертера-дефибриллятора (КВД).

ОСОБЕННОСТИ РЧА ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОЕДИНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПИРАМИДАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

Хамидов И.Н., Турсункулов И.К., Махмудов А.Х., Истамова С.С, Кушназаров Р.С
Самаркандский региональный филиал РСНПМЦК

Актуальность. Дополнительно предсердно-желудочковые соединения (ДПЖС) представлены одиночными или множественными нитями, состоящими из миокардиоцитов, проходящие в обход проводящей системы сердца и соединяющих миокардиальную систему предсердий и желудочков. Наличие таких соединений показывает о неполном эмбриологическом развитии атриовентрикулярного (АВ) кольца.



Около 60% ДПЖС прорезывают кольцо митрального клапана; 25% — перегородку колец митрального или трикуспидального клапанов; 15% — свободную правую стенки АВ борозды. ДПЖС обладают как антеградной, так и ретроградной проводимостью, некоторые из них участвуют в распространении импульса только в одном направлении. Антеградно направленные пути встречаются редко ($\leq 10\%$), а ретроградно направленные — чаще ($\leq 50\%$)[2,8].

Цель исследования. Изучить особенности РЧА ДПЖС у пациентов с пирамидальной локализацией.

Материалы и методы исследования. За период с 2021 г по 2022 г оперировано 57 пациент с различной локализацией ДПЖС. Возраст больных составляет от 9 до 65 лет, из них мужчин 31, женщин 26.

16 случаев выявлено (мужчины 7, женщин 9) ДПЖС с пирамидальной локализацией. Из них манифестирующая форма диагностирована у 9 (56,25 %) пациентов, скрытая форма у 5 (31,25 %) пациентов, и интермиттирующая форма 1 (6,25 %) пациента.

Результаты исследования. По результатам ЭФИ у 12 пациентов эффективная РЧА выполнена с правосторонним доступом (манифестирующая форма-8, интермиттирующая-1, скрытая-3) из них 3 случаев выявлен множественный ДПЖС. 3 случаев и правосторонним и левосторонним (ретроградным) доступом (из них 2- манифестирующая, у 1 го пациента пучок закрылся антеградно с исчезновением дельта волны, при дальнейшем РЧА ретроградно-ВА диссоциация, обе пациентов пучок закрылся слева, 1-скрытая форма, при этом пучок закрылся справа) у 1 пациента правосторонним доступом (скрытая форма), при этом Кент закрылся в области перешеек ампулярной части КС (с контрастированием). У 1 го пациента справа и слева эффекта нет, но внутри КС изменился рефрактерный период ДПЖС, антеградный и ретроградный АЭРП-ДПЖС составило 590 и 400 мс соответственно.

Выводы. РЧА является эффективным методом лечения при пирамидальной ДПЖС. Эффективность операции составило 93,75 %. В нашей практике больше части (81,25 %) пирамидальные пучки закрываются с правосторонним доступом.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРОМАЛЬНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРОСТАТЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хамраев О.А., Рустамов У.М., Садикова Д.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. От того, какие именно факторы и на каком этапе развития организма приняли участие в патогенезе заболевания, зависит форма и течение возникающего заболевания.

Цель исследования – изучить морфологические изменения стромально-сосудистой 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.

Интенсивность пролиферативного процесса в железистом компоненте простаты различна. 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. Продуктивные формы воспаления в предстательной железе при ее доброкачественной гиперплазии чаще всего встречаются в виде интерстициального процесса, а воспалительный инфильтрат локализуется либо в строме органа, либо периацинарно.

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).

ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЦЕНТРЫ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПАЗИИ ПРОСТАТЫ

Хамраев О.А., Рустамов У.М., Садикова Д.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. В связи с высокой распространенностью данного заболевания актуальными остаются исследования в области этиологии и патогенеза ДГПЖ.

Цель исследования – изучить патоморфологические изменения и установить пролиферативные центры базальных клеток стромы 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 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 атипической 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 атипической гиперплазии. Фокусы роста этих форм могут располагаться в различных отделах предстательной железы. Выделение атипических 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 атипической гиперплазии, нуждаются в диспансерном наблюдении и составляют группу риска в отношении рака предстательной железы.

ПРОВЕСТИ ОЦЕНКУ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ В НОРМЕ И ОСОБЕННОСТЕЙ ХАРАКТЕРА ЕЕ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.

Хамроев Х.Н.

Бухарского государственного медицинского институт

Алкоголизм является очень частой причиной хронических заболеваний печени. Одним из главных признаков алкоголизма является значительное потребление алкоголя: мужчинами – более 210 г чистого этанола в неделю, женщинами – более 140 г чистого этанола в неделю. Потребление спиртных напитков растет во всем мире, но в России это явление приобретает характер национального бедствия в связи с увеличением количества потребляемого алкоголя на душу населения, которое достигло 14,5 л в год, широким распространением его суррогатов и фальсификатов, уже отмеченными в связи с этим генетическими изменениями у некоторых групп россиян.

Цель работы: Провести оценку морфологических изменений печени в норме и особенностей характера ее изменений при хронической алкогольной интоксикации.

Материал и методы: Исследование выполнялось в лаборатории кафедры Анатомия и Клиник анатомия (ОХТА). Объектом исследования явились половозрелые (в



возрасте 3 мес, 6 мес.) беспородные белые крысы-самцы массой 250–280 г (n=20). Контрольную группу составили 10 интактных крыс-самцов. Выбор данного вида лабораторных животных обусловлен, в первую очередь, возможностью экстраполяции алкогольобусловленных органных и тканевых изменений у крыс на таковые у человека. Кроме того, этому способствовали морфофизиологические особенности беспородных белых крыс (отсутствие отвращения к этанолу, отсутствие рвотного рефлекса на его действие, постоянная наполненность желудка пищей), простота содержания и легкость выполнения с ними различных процедур (фиксация, **Введение** растворов веществ с помощью зонда и т.д.). Животных содержали в клетках с опилками по 5 особей при температуре +20–22 °С при свободном доступе к воде и пище, одинаковой для всех крыс.

Результаты и обсуждение: В результате проведенного в ходе эксперимента микроскопического исследования были получены следующие **Результаты**.

Хроническая алкогольная интоксикация, вызванная **Введением** этанола в дозах 2, 4 и 8 мл/кг приводила к морфологическим изменениям, отражающим деструктивное действие этанола на печень. Это проявлялось очаговой мононуклеарной и лимфоцитарной инфильтрацией, кровенаполнением сосудов высокой степени, а также некротическими изменениями клеток паренхимы печени. Эти изменения регистрировались уже через 30 дней после введения алкоголя, а выраженность их была выше при увеличении дозы вводимого этанола. **Результаты** нашего исследования

также показали, что в динамике алкогольной интоксикации в ответную реакцию вступают гепатоциты разных зон ацинуса печени. При алкогольной интоксикации, вызванной интрагастральным **Введением** 40%-го раствора этанола в дозах 2 и 4 мл/кг массы тела, в цитоплазме гепатоцитов обнаруживались жировые вакуоли и гранулы липофусцина. Не кротизированные клетки паренхимы печени располагались преимущественно в центрлобулярной зоне ацинуса. При введении этанола в дозе 8 мл/кг гепатоциты с признаками альтерации и некроза на большем протяжении выявлялись в центрлобулярной и промежуточной зонах ацинуса. Повышение функциональной нагрузки на печень экспериментальных животных при алкогольной интоксикации вело к образованию в ней единичных мелких гранул липофусцина в периферических зонах цитоплазмы гепатоцитов, в сравнении с контрольной группой. Но экспериментальные группы отличались по времени регистрации наличия гранул липофусцина: при дозе этанола 2 мл/кг массы тела липофусциноз регистрировался к 4 ч воздействия, при дозе 8 мл/кг массы тела – к 2 ч, а при дозе 4 мл/кг массы тела – через 1 ч от начала эксперимента интоксикации этанолом. Первичные гранулы липофусцина появлялись перинуклеарно в зоне наиболее активно протекающих обменных процессов. При интоксикации этанолом в дозах 2, 4 и 8 мл/кг выявлена статистически значимая положительная корреляционная взаимосвязь ($r=0,43-0,49$; $p<0,05$) между выраженностью липофусциноза и жировой дистрофии гепатоцитов.

Таким образом, исходя из полученных в результате экспериментального исследования данных, следует, что хроническая алкогольная интоксикация, вызванная многократным



Введением этанола, приводит к развитию морфологических изменений в ткани печени, свидетельствующих о токсическом и деструктивном действии этанола. Эти токсические и деструктивные изменения на клеточном, тканевом и органном уровне характеризовались различной степенью выраженности, прямо зависящей от дозы вводимого этанола, концентрации алкоголя в крови и длительности алкогольной интоксикации.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ

Ханкелдиева Х.К.

Кафедра госпитальной педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Ревматические болезни широко распространены среди детей и подростков. В Мире выявлено более 50 тысяч больных, и частота случаев заболевания возрастает от года к году. Эти болезни характеризуются хроническим течением и, как правило, приводят к длительным госпитализациям и инвалидизации.

Поэтому они часто служат источником социальной дезадаптации и различных отклонений в развитии личности ребенка: его самосознания, мотивационной сферы и т.п.

Известно, что дети по-разному реагируют на ситуацию тяжелой болезни. Своевременное определение типов реакции на болезнь позволит выявить детей, которые остро нуждаются в психологической помощи.

Цель исследования. Определить типы реакции ребенка на болезнь при разной тяжести течения заболевания.

Материалы и методы исследования. 75 детей, страдающих ревматическими болезнями разной степени тяжести. Рисуночные методики для исследования образа Я и семьи; тест «Три желания»; шкалы самооценки; методика «Кто я?»; методика «Незаконченные предложения».

Результаты исследования. Сочетание особенностей эмоциональной и мотивационно-потребностной сферы, самосознания и общения со сверстниками, определяют тип реакции ребенка на болезнь. При легкой и средней тяжести течения болезни встречаются: • Благоприятная реакция (33,8%). Личностное развитие происходит по траектории, близкой к нормативной. • Сужение жизненного пространства (9,3%). Снижены адаптивные механизмы личности вне стационара.

В условиях больницы ребенку удается сохранить разнообразные виды деятельности, не связанные с процессом лечения. • Интеллектуализация (7,6%). Снижен фон настроения и самооценка, избирательны в выборе друзей, погружены в размышления на тему здоровья и лечения. При среднем и тяжелом течении болезни наблюдаются: • Инфантилизация (17,1%). На первый план выходит снижение темпа развития самосознания, личностная незрелость. • Погружение в болезнь (18,4%).



Наблюдается значительно сниженный эмоциональный фон, бездеятельность, ведущий мотив — сохранение здоровья. • Инвалидизация (13,8%). Физически и эмоционально дети зависимы от близких взрослых, бездеятельны, негативно относятся к своей внешности, идентифицируются с образом больного человека, необщительны.

Вывод. Все дети с тяжелым течением болезни нуждаются в психологической помощи, т. к. у них существует высокий риск возникновения неблагоприятных реакций на болезнь и искажений в личностном развитии. 2. Содержание психологической помощи детям с тяжелым течением болезни определяется типом его реакции на заболевание.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ханкелдиева Х.К.

Кафедра госпитальной педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Течение, прогноз и механизмы отдельных форм нарушений сердечного ритма у детей отличаются от таковых у взрослых. Особенно это положение касается новорожденных и детей раннего возраста, проводящая система которых отличается функциональной и морфологической незрелостью.

В связи с этим представляет интерес оценка естественного течения нарушений ритма сердца, возникших в перинатальный период, определение факторов риска развития аритмий у новорожденных и детей раннего возраста.

Нарушения сердечного ритма у новорожденных не имеют классических клинических проявлений и в большинстве случаев выявляются случайно во время аускультации, носят транзиторный характер. Лишь некоторые из них приводят к тяжелой сердечной недостаточности, стойкому нарушению общего состояния ребенка. Нет единого мнения о сроках манифестации нарушений проводимости сердца у детей в периоде новорожденности.

Цель исследования. Установить сроки манифестации нарушений сердечного ритма у новорожденных.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 45 новорожденных детей с нарушениями сердечного ритма.

Результаты исследования. — Нарушение сердечного ритма явилось проявлением таких патологических синдромов, как экстрасистолия — у 65,9% детей, пароксизмальная тахикардия в 14,7% случаев, синусовая тахикардия — 5,7%, синусовая брадикардии — 3,3%, атриовентрикулярные блокады составили 10,4% от всех нарушений сердечного ритма.

Экстрасистолии отмечались на 5 ± 2 сутки после рождения. Атриовентрикулярные блокады диагностированы на 7 ± 2 сутки жизни. Синусовые тахи- и брадикардии



регистировались на $3 \pm 1,7$ день жизни. Данные нарушения проводимости сердца протекали бессимптомно. Срыв сердечного ритма в виде пароксизмальной тахикардии выявлен на 21 ± 3 день после рождения. Родители обращались к врачу с жалобами на снижение аппетита у детей, беспокойство, срыгивание, бледность кожных покровов.

Вывод. Нарушения сердечного ритма в виде экстрасистол, атриовентрикулярных блокад, синусовых тахи- и брадикардий выявлены у младенцев в первую неделю жизни, когда дети находились под наблюдением неонатологов родильных домов.

Пароксизмальные тахикардии манифестировали ближе к месячному возрасту в домашних условиях.

Результаты данных исследований позволяют углубить знания врачей педиатров о сроках возникновения пароксизмальной тахикардии — тяжелого нарушения сердечного ритма.

ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

**Хасанов Д.Ш., Мамарасулова Д.З., Урманбоева Д.А.
Андижанский Государственный медицинский институт.**

Актуальность. Рак поджелудочной железы - распространенное злокачественное заболевание, которое поражает важный орган человека, отвечающий за выделение необходимых ферментов. Своевременная морфологическая верификация диагноза при выявлении новообразований поджелудочной железы весьма актуальна в онкологической практике. Представляется опыт выполнения пункционных биопсий поджелудочной железы с взятием материала на цитологическое и гистологическое исследование.

Цель. Оценка возможности тонкоигольной аспирационной биопсии поджелудочной железы под контролем ультразвуковой исследования.

Материалы и методы. Проанализированы 36 пункций под контролем УЗИ, выполненные за 3 лет с 2019 по 2022 гг. Среди пациентов оказалось 20 мужчин и 16 женщин в возрасте от 24 до 74 лет. Манипуляция проводилась под местной анестезией в асептических условиях, при этом использовались тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ), с последующим цитологическим и гистологическим исследованием материала. Доступ осуществлялся через переднюю брюшную стенку в 7 случаях – трансгастральный, в 29 – прямой к образованию. ТАБ выполнялись иглой для спинальной анестезии с мандреном 22 G.

Результаты. При выполнении ТАБ в 3 (8,3%) случаях из 36 был получен неинформативный материал. 33 (92,7%) случаях материал признан информативным для цитологического и гистологического исследования. Таким образом, морфологическое исследование оказалось возможным в 33 (92,7%) из 36 случаев. При этом у 47 пациентов



были диагностированы доброкачественные образования, у 19 процесс был определен как злокачественный, у 2 больного при цитологическом исследовании было высказано подозрение на рак. **Результаты** цитологического исследования удалось сопоставить с данными гистологии у 16 больных. Правильно определить характер процесса как доброкачественный или злокачественный при цитологическом исследовании материала оказалось возможным у 50 (89,3%) пациентов. У 5 больных были даны ошибочно отрицательные цитологические заключения, в связи со скудностью клеточного состава. Информативность цитологического метода составила 89,3%, чувствительность – 88,9%, специфичность – 90,9%. Определить гистологическую форму опухоли при цитологическом исследовании материала поджелудочной железы удалось в 87,5 % случаев. Постпункционная гематома небольших размеров была выявлена у 6 пациентов. Других осложнений не наблюдалось. При трансгастральной пункции устанавливался трансназальный желудочный зонд на 3–4 часа, для контроля за желудочным содержимым.

Выводы. При проведении пункционных биопсий поджелудочной железы материал, полученный для морфологического исследования, был признан информативным в 92,7% случаев. Определить характер процесса как доброкачественный или злокачественный при цитологическом исследовании материала оказалось возможным в 87,3% случаев. Чувствительность метода – 88,9%, специфичность – 90,9%.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИСТРЕССОВОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ РИНОСЕПТОПЛАСТИКЕ

Хасанов К.У

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Актуальность. Проблема анестезиологического пособия, как основного компонента антистрессового обеспечения организма, при риносептопластике сохраняет высокий уровень актуальности. Несмотря на достижения медицинской науки, такие, как высокоэффективные методы общей и регионарной анестезии, проблема анестезиологического обеспечения при данном оперативном вмешательстве далека от своего окончательного решения. Абсолютное большинство пациентов, перенесших подобное вмешательство, страдают от выраженного болевого синдрома в первые сутки после операции. «Неоптимальность» послеоперационного обезболивания до настоящего времени является одной из основных «проблемных зон» анестезиологического пособия для пациентов ЛОР- профиля.



Цель. Повышение эффективности комплексной антистрессовой защиты организма при риносептопластике.

Материал и методы. В исследование включено 40 пациентов с искривлением носовой перегородки, разделенных на 2 группы по 20 пациентов в каждой. 1 группу составили 17 женщин (85%) и 3 мужчин (15%), средний возраст 28 ± 6 лет. В группу 2 вошли 16 женщин (80%) и 4 мужчин (20%), средний возраст $30 \pm 5,5$ лет. В обе группы вошли пациенты с риском анестезии по шкале ASA- I-II, которым проводилась риносептопластика. В предоперационном периоде всем пациентам проводились стандартные общеклинические методы обследования, МРТ носа и колonosовых пазух. За 40 минут до операции в составе премедикации пациентам обеих групп было назначено: димедрол 1% 1мл в/в; метоклапромтид 2мл 0,5% р-р в/в. Пациентам 1ой группы было назначено: кетопрофен 100мг в/в, клофелин 0,01% 1мл в/м; пациентам 2ой группы - парацетамол 1г в/в, клофе-лин 0,01% 1мл в/ м. Оперативное лечение в обеих группах проводилось с применением тотальной внутривенной анестезии с ИВЛ. В раннем послеоперационном периоде оце-нивались такие показатели как «боль» по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), наличие тошноты и рвоты, время первого требования наркотического анальгетика после операции, суммарные дозы требуемых анальгетиков.

Результаты. Интенсивность боль по шкале ВАШ в группе 1 составила 2-3 балла, в группе 2 0-1 балл. Тошнота наблюдалась у 13 (65%) пациентов 1 группы, в группе 2 – у 5 (25%). Рвоты в обеих группах не было. Потребность в анальгетике после операции у пациентов обеих групп не возникло. Время пребывания в клинике в обеих группах группе составил 1 день.

Выводы. Разработанная программа анальгезии является оптимальным компонентом антистрессовой защиты организма при риносептопластике вследствие превентивного лимитирующего влияния на нейровегетативные последствия операционного стресса, реализующиеся в послеоперационном периоде.

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ИСКУССТВЕННЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ

Хасанов К.У

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Большинство неблагоприятных исходов у пациентов, переживших острейший период острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), связано с септическими осложнениями на фоне продленной ИВЛ, а из них приоритетна нозокомиальная



пневмония, ассоциированная с необходимостью искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Риск инфекционных осложнений обусловлен, прежде всего, самим фактом создания искусственных дыхательных путей. Преимущество, безусловно, принадлежит трахеостомическим канюлям, как средству улучшить биомеханику дыхания по сравнению с использованием относительно длинных эндотрахеальных трубок. Нам представилось актуальным исследование, направленное на выявление связи нозокомиальной пневмонии со способом обеспечения проходимости дыхательных путей при длительной ИВЛ.

Цель исследования. Наглядно показать, что метод наложения транскутанной дилатационной трахеостомы можно считать методом выбора для создания искусственных дыхательных путей, поскольку она обеспечивает снижение риска нозокомиальной пневмонии, путем доказанного снижения частоты ее развития и улучшает прогноз.

Материалы и методы исследования. Проспективное клиническое исследование с рандомизацией блочным методом выполнено в 2021-2023 годах на базе Отделения анестезиологии и реанимации.

После применения критериев исключения сформировано три группы пациентов. В группу I (31 участник) вошли пациенты, которым поддержание проходимости дыхательных путей до окончания времени наблюдения обеспечивалось продленной интубацией трахеи. Эта группа рассматривалась как группа сравнения. Пациентам группы II (30 человек) к началу четвертых суток искусственной вентиляции легких выполнена трахеотомия обычным хирургическим способом; пациентам группы III (30 человек) к началу четвертых суток искусственной вентиляции выполнена дилатационная транскутанная трахеотомия. В каждой группе выделено по две подгруппы: «а» - заболевание закончилось благоприятно, то есть, переводом в профильное отделение с последующей выпиской из стационара; «b» - летальный исход. Этапы исследования: 1 – первые сутки после интубации трахеи; 2 – третьи сутки наблюдения в ОРИТ (до наложения трахеостомы пациентам из групп II и III); 3 – пятые сутки наблюдения, то есть, вторые сутки после наложения трахеостомы пациентам групп II и III; 4 – седьмые сутки наблюдения в ОРИТ и, соответственно, трое суток после наложения трахеостомы пациентам групп II и III. Оксигенационную функцию легких оценивали по индексу Горовица (PaO_2/FiO_2). Выраженность и скорость нарастания воспалительной реакции и присоединение инфекции регистрировали по концентрации пресепсина по стандартной методике PATHFAST. Диагноз нозокомиальной пневмонии подтверждали оценкой по Шкале клинической оценки инфекций легких (Clinical Pulmonary Infection Score, CPIS) по Pugin et al.

Результаты и их обсуждение. Проанализировав **Результаты** мы пришли к **Выводу**, что, независимо от способа обеспечения проходимости дыхательных путей, у пожилых пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения уже к третьим суткам искусственной вентиляции легких уровень пресепсина в плазме свидетельствовал о возможности сепсиса. К пятым суткам наблюдения концентрация пресепсина продолжала повышаться, при этом быстрее и выше нарастали значения показателя у



пациентов с последующим неблагоприятным исходом, превышая 500пг/мл у всех пациентов из подгрупп «b». К седьмым суткам ИВЛ для всех пациентов с последующим неблагоприятным исходом были характерны значения пресепсина более 1000пг/мл, что соответствовало высокому риску тяжелого сепсиса и септического шока. Снижение индекса «PaO₂/FiO₂» до значений менее 200мм.рт.ст и повышение оценки по шкале CPIS до 7 и более баллов также были характерны для пациентов с последующим летальным исходом, но, в отличие от пресепсина, достигали критических значений только к седьмому дню наблюдения. Летальность в группах I и II статистически незначимо отличалась, а в группе III была существенно ниже, чем в упомянутых группах (χ^2 6.429; $p=0.011$).

Заключение. В работе наглядно показано преимущество транскутанной дилатационной трахеостомии перед хирургической трахеотомией и продленной интубацией трахеи по частоте развития септических осложнений, поскольку других отличий в состоянии пациентов и терапевтической тактике не было.

ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Хасанов К.У.

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Введение: До настоящего времени не существует единого мнения о том, какое именно положение больных с нетравматическими внутримозжечковыми кровоизлияниями способствует наиболее эффективному снижению внутримозжечкового давления, не сопровождающегося уменьшением мозгового кровотока.

Цель: Изучить возможную взаимосвязь между различными скоростными показателями мозгового кровотока у больных с нетравматическими внутримозжечковыми кровоизлияниями.

Материалы и методы: Всего было обследовано 36 больных, средний возраст составил $52,9 \pm 10,5$ лет. Все пациенты были прооперированы в первые сутки от начала заболевания. С помощью транскраниальной доплерографии было выполнено три последовательных измерения скорости мозгового кровотока длительностью по 5 минут в положениях головного конца кровати 30 – 0 – 60°. Во всех случаях исходное внутримозжечковое давление не превышало 25 мм рт. ст. После стабилизации состояния в каждой точке проводилась регистрация скоростных показателей кровотока. Исследование осуществлялось на первые, вторые, третьи и пятые сутки после оперативного вмешательства. Критерием включения в исследование являлась выживаемость прооперированных пациентов сроком



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



не менее одной недели от начала заболевания. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 6.0 в соответствии с основными задачами исследования. Для анализа использовались параметрические и непараметрические методы статистики. Данные представлены в виде медиан и квартилей.

Результаты и обсуждение: С первых суток наблюдалось постепенное нарастание скорости кровотока в средней мозговой артерии как в пораженном, так и в интактном полушариях головного мозга. К пятым суткам скорость достигала 144 (77,5-192) см/с в пораженном полушарии и 115,5 (75-171) см/с – в интактном. При проведении последовательной смены угла наклона (30° - 0° - 60°) в первые сутки от начала заболевания минимальные значения кровотока, как в пораженном, так и в интактном полушарии, регистрировались в горизонтальном положении: 90,5 (69-102,5) см/с и 82 (67-113) см/с соответственно. Наиболее благоприятным в первые сутки являлись положения 30° и 60° . В этом случае оптимальные скоростные показатели кровотока сочетались с относительно низкими цифрами внутричерепного давления. На вторые сутки в пораженном полушарии мозговой кровотока при 60° был ниже исходных значений на 3% и составлял 110,5 (89-134) см/с. В интактном полушарии скорость кровотока в положении 60° была выше, чем в исходном положении на 6,5% и равнялась 92,5 (68,5-132) см/с. Следовательно, на вторые сутки в положении головного конца кровати 60° обеспечивалась оптимальная перфузия интактного полушария, а скорость кровотока в пораженном полушарии была незначительно ниже, чем в положении 30° . На третьи сутки в интактном полушарии кровотока оставался неизменным. На стороне поражения минимальная перфузия регистрировалась в горизонтальном положении – 119 (83-163,5) см/с. Положением выбора являлся угол наклона 30° , где регистрировались максимальные скоростные показатели – 128 (87,5-175) см/с. На пятые сутки изменение угла наклона в сторону повышения (до 60°) на пятые сутки являлось столь же нежелательным, как и нахождение в горизонтальном положении. Оптимальным становился угол наклона 30° .

Заключение: У пациентов с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями с увеличением срока от начала заболевания закономерно возрастает скорость мозгового кровотока. При смене положения головного конца кровати наибольшие различия наблюдались при оценке показателей линейной скорости кровотока в средних мозговых артериях. От первых к пятым суткам оптимальный угол наклона варьирует от 30° до 60° градусов. Наименее предпочтительным является горизонтальное положение больного независимо от срока от начала заболевания. В первые сутки от начала заболевания оптимальным положением головного конца кровати следует считать угол 30° либо 60° градусов, так как именно в этих положениях сохраняется оптимальный мозговой кровотока и не нарастала внутричерепная гипертензия. На вторые сутки наиболее благоприятным становился угол наклона головного конца кровати 60° градусов, а на третьи и пятые сутки после оперативного вмешательства предпочтительным вновь становился угол наклона в 30° градусов.



ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛГЕЗИИ НА ПРОВЕДЕНИЕ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Хасанов Ш.Н

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Для предупреждения болевого синдрома после эндопротезирования коленного сустава (ЭПКС) используются различные методики аналгезии. В настоящее время в клинической практике набирает популярность методика с применением высокообъемной местной инфильтрационной анестезии (ВМИА) с последующей внутрисуставной инфузией анестетика.

Целью нашего исследования явилось оценка качества послеоперационной аналгезии и особенности ранней реабилитации после ТЭКС у пациентов на фоне применения ВМИА. материалы и методы. В исследование включены данные о 102 пациентах в воз-расте от 42 до 72 лет, которым по поводу гонартроза 3-й степени в период с 2014 г. по 2016 г. было выполнено первичное ТЭКС. Пациенты были рандомизированы в 3 группы: в 1-й группе (n=34) использовали мультимодальную аналгезию (ММА), во 2-й группе (n=35) - эпидуральную аналгезию (ЭА), в 3-й группе (n=33) - ВМИА с последующей внутрисуставной инфузией местного анестетика.

В послеоперационном периоде анализировались длительность периода послеоперационной гипотонии, уровень болевого синдрома по ВАШ, сроки первой вертикализации после операции, динамика увеличения объема движений в оперированном суставе на тренажере ARTROMOT K1 на 2-е и 5-е сутки после операции, способность к самостоятельной ходьбе с дополнительной опорой на расстояние 50-100 метров, а также сроки возможного перевода пациентов на второй этап реабилитации.

Результаты исследования. Длительность периода послеоперационной гипотонии в группе с применением ЭА достигала 24-48 часов, тогда как в двух других группах длительность послеоперационной гипотонии не превышала 4-8 часов. Уровень болевого синдрома был выше в группе ММА по сравнению с двумя другими группа, между которыми достоверной разницы не установлено. В группе пациентов с применением ВМИА время до первой вертикализации после операции было меньше по сравнению с группами больных, которым применялись ЭА и ММА (p=0,0000).

Анализ параметров объема движений в оперированном суставе на вторые сутки после операции не выявил статистически значимых различий между группами (p=0,1007), что свидетельствовало об удовлетворительном уровне послеоперационной аналгезии в группе с применением ВМИА, сопоставимом с традиционными методиками.



Анализ параметров объема движений в прооперированном суставе на пятые сутки после операции не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,2043$). При оценке сроков освоения ходьбы на 50-100 метров в раннем послеоперационном периоде была отмечена статистически значимая разница между группами ($p=0,0122$). Пациенты на фоне применения ВМИА были способны к самостоятельной ходьбе с дополнительной опорой на расстояние 50-100 метров раньше пациентов из двух других групп, что в конечном итоге приводило к увеличению дистанции ходьбы, освоенной в раннем послеоперационном периоде к моменту выписки из стационара. Так же были определены сроки возможной выписки пациентов из хирургического стационара и перевода в многопрофильное лечебное учреждение для проведения второго этапа реабилитации. Пациенты из группы ВМИА уже на 4-5 сутки после операции могли быть переведены на второй этап реабилитации, тогда как из групп ММА и ЭА только на 7-8 сутки.

Заключение. Применение ВМИА обеспечивает достаточный уровень послеоперационной анальгезии, позволяющий успешно проводить мероприятия по ранней реабилитации пациентов после операции тотального эндопротезирования коленного сустава. Ранняя активизация пациента позволяет добиться большего объема движений в оперированном суставе и освоить ходьбу на большие расстояния. Это положительно влияет на качество жизни пациента и дает возможность сократить сроки пребывания пациента в стационаре и подготовить его к следующим этапам реабилитации.

КОМБИНИРОВАННАЯ РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ С ВЫКЛЮЧЕНИЕМ СОЗНАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА

Хасанов Ш.Н

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Цель работы. Изучить особенности и преимущества комбинированной регионарной анестезии с выключением сознания у детей при операции врожденного вывиха бедра.

Материалы и методы исследования. В Республиканском клиническом центре травматологии и ортопедии Республики Узбекистан в период с 2020 по 2022 гг произведено 48 операций врожденного вывиха бедра у детей в возрасте от 3 до 7 лет (средний возраст - 5 лет). В зависимости от объема произведенной операции и выбора метода анестезии больные были подразделены на 2 группы: I группу (n-17) составили больные, которым производилось открытое вправление вывиха с формированием



дубликатуры капсулы сустава без корригирующей межвертельной остеотомии. У этой группы использовалась комбинация спинномозговой анестезии с внутривенным наркозом с сохранением спонтанного дыхания. Во II группу (n-31) вошли пациенты, которым производилась операция открытого вправления вывиха с корригирующей межвертельной остеотомией и формированием крыши вертлужной впадины. В качестве метода анестезии у этой группы больных использовалась длительная эпидуральная анестезия с выключением сознания. Оперативное лечение при данной патологии является очень сложным и высоко-травматичным, поэтому предоперационная подготовка больных предусматривала под-готовку к длительному периоду нахождения в гипсовой повязке, повышение общего тонуса организма, дыхательную гимнастику, расслабление напряжения мышц аддукторов, общеукрепляющую терапию и исследования, исключающие противопоказания к предстоящей операции За 20-25 минут до транспортировки пациента в операционную, внутримышечно вводили препараты для премедикации (анальгин, атропин, димедрол), мидозолам и малые дозы кетамина (3-4 мг/кг) с **Целью** седации. В операционной, после катетеризации периферической вены и налаживания внутривенной инфузии, в положении на боку производилась пункция между L4-L5 позвонками. При спинномозговой анестезии использовалась игла Квинке 25G и вводился 0,5% раствор бупивакаина в дозе 0,4 мг/кг массы тела. При эпидуральной анестезии применяли иглу Туохи размером 20G. После кате-теризации эпидурального пространства вводился 0,5% раствор бупивакаина в дозе 0,5 мл/кг массы тела. С **Целью** усиления седации перед пункцией внутривенно вводился тиопентал натрия в дозе 5-6 мг/кг массы тела.

Результаты исследования и их обсуждение. Опыт применения данных методов анестезии при операции врожденного вывиха бедра у детей показывает, что у них есть определенные преимущества. Седация обеспечивает хороший сон, анксиолизис, аналгезию и двигательный контроль при пункции. Спинномозговая и эпидуральная анестезии, в свою очередь, обеспечивают адекватную и глубокую аналгезию на необходимом уровне, сводя к минимуму физиологические сдвиги в организме. Эти методы позволяют значительно уменьшить дозы ингаляционных и внутривенных анестетиков, анальгетиков и миорелаксантов в течение операции, что способствует скорейшему пробуждению пациента. Комбинированная регионарная анестезия с выключением сознания у детей является методом выбора при оперативных вмешательствах на тазобедренном суставе. Она обеспечивает хороший сон, обездвиженность во время выполнения манипуляции, адекватную аналгезию. Основными преимуществами такой анестезии считаются уменьшение дозировок общих анестетиков и наркотических анальгетиков вследствие адекватного сенсомоторного блока, стабильность гемодинамики, снижение кровопотери, низкая частота интраоперационных и послеоперационных осложнений, укорочение периода пробуждения. Кроме того, при длительной эпидуральной анестезии обеспечивается



адекватная послеоперационная аналгезия с минимальным риском депрессии дыхания и контроль над болевым синдромом различной интенсивности и генеза.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ

Хасанов Ш.Н.

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Введение. Для профилактики осложнений со стороны гемодинамики важную роль играют выявление и оценка факторов риска их развития.

Цель работы: выявить факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений при спинальной анестезии (СА). **Материалы и методы:** проведен ретроспективный анализ клинического течения СА у 925 пациентов при операциях на нижних конечностях и нижней половине брюшной полости. Статистическое описание, аналитическую группировку и углубленный статистический анализ проводили с помощью прикладных программ Microsoft Excel и Microsoft Access с оценкой статистической значимости результатов по критерию Стьюдента, для повышения наглядности – рассчитывали показатели относительного риска RR (relative risk, risk ratio).

Результаты и обсуждение. Было установлено, что наиболее частым осложнением СА была артериальная гипотония, которая отмечалась у 275 (29,7%) пациентов. Выявление факторов риска развития артериальной гипотонии при СА позволило установить (табл. 1), что при уровне сенсорного блока выше Th5, указанное осложнение развивается в $85,0 \pm 0,8\%$ (RR = 8,4), при гиповолемии – в $88,0 \pm 1,1\%$ (RR = 3,6), при недостаточном объеме предоперационной водной нагрузки – в $84,0 \pm 1,0\%$ (RR = 5,2), при пункции выше уровня L3–L4 – в 65,9% (RR = 5,5), при исходно высоком риске анестезии – в $60,0 \pm 3,0\%$ (RR = 2,6), а при исходном уровне систолического артериального давления менее 120 мм рт. ст. – $56,2 \pm 5,8\%$ (RR = 2,0).

Развитие артериальной гипотонии происходит вследствие уменьшения ОПСС и сердечного выброса на фоне симпатической блокады в результате вазодилатации и перераспределения ОЦК в нижние конечности и в спланхническую область. Снижение преднагрузки сердца из-за падения отношения объём/ёмкость и кардиодепрессивные эффекты высоких центральных блокад выступают в роли конкурирующих факторов декомпенсации. Снижение АД при уровне анестезии Th10 исключительно связано с падением ОПСС. При распространенном блоке отмечается более выраженное падение АД, обусловленное снижением ОПСС и в значительной степени редукцией МОК



вследствие уменьшения венозного возврата. Зависимость частоты развития артериальной гипотонии от степени десимпатизации подтверждается тем, что самым значимым фактором риска являлся уровень сенсорной блокады выше Th5, относительный риск которого оценивался как $RR=8,4$.

Брадикардия при СА была отмечена у 93 ($10,1\pm 1,7\%$) пациентов. По нашим наблюдениям, наиболее значимыми факторами риска брадикардии явились исходная ЧСС < 60 мин⁻¹ ($50\pm 3,1\%$) – $RR=7,1$ и сенсорный блок выше уровня Th5 ($25\%\pm 1,2\%$) – $RR=5,5$ (табл. 1). Другой значимый фактор риска – спинномозговая пункция выше уровня L3–L4 ($24\pm 1,1\%$) – $RR=7,9$, ведущая к высокому распространению симпатической блокады. Приём β -адреноблокаторов как фактор риска встречался в $20,8\pm 4,1\%$ ($RR=2,3$).

Выводы: изменения со стороны кровообращения, наблюдаемые при СА, носят сложный характер и зависят преимущественно от протяженности симпатической денервации, сбалансированности автономной нервной системы, объема циркулирующей крови и функциональных возможностей сердечнососудистой системы. В наших наблюдениях отмечается, что развитию артериальной гипотонии и брадикардии способствует, как правило, сочетание 2–3 факторов риска их развития. Основным фактором риска развития этих осложнений является объем десимпатизации. Таким образом, можно предположить, что ограничение зоны десимпатизации, которая определяется максимальной границей распространения симпатического блока, можно уменьшить частоту проявлений артериальной гипотонии и брадикардии.

ПЕРФУЗИОННАЯ СЦИНТИГРАФИЯ ЛЕГКИХ В ОЦЕНКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ЛЕГОЧНОЙ ПАРЕНХИМЕ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНУЮ ПНЕВМОНИЮ, ВЫЗВАННУЮ ВИРУСОМ SARS-COV-2

Хафизов М.М., Байков Д.Э., Ахмадеева Л.Р., Иткулов А.Ф., Хафизова Р.Р.
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа,
Российская Федерация

Актуальность темы. COVID-19 является инфекционным заболеванием, вызываемым коронавирусом SARS-CoV-2. Оно по-прежнему остается опасной и недостаточно изученной проблемой, даже после первых вспышек в ноябре-декабре 2019 года. Некоторые пациенты, перенесшие COVID-19-ассоциированную пневмонию, испытывают долгосрочные последствия, такие как одышка и другие симптомы, которые могут привести к долговременным нарушениям функции легких, включая фиброзную интерстициальную патологию. Это ограничивает физическую активность человека, снижает качество жизни и может приводить к инвалидизации. Взаимодействие вируса SARS-CoV-2 с клетками-мишенями на поверхности которых имеются рецепторы ангиотензинпревращающего фермента II типа (АПФ2), является



основой патофизиологии заболевания. Вирус поражает пневмоциты II типа, вызывая диффузное альвеолярное повреждение, что приводит к снижению продукции альвеолярного сурфактанта и уменьшению эластичности легочной ткани и легочной артерии. В результате этого нарушается газообмен и происходит отложение фибрина. Формирование вторичного васкулита, характеризующегося микроангиопатией, приводит к повреждению и гибели эндотелиальных клеток с последующим обнажением базальной мембраны сосуда, что в свою очередь активизирует каскад свертывания крови. У 20–40% пациентов с тяжелыми симптомами развивается острый респираторный дистресс-синдром, легочные последствия которого со временем могут либо полностью разрешиться, либо, в связи с развитием фиброзной интерстициальной патологии, перейти в долговременные нарушения функции легких. В связи с этим, необходимо проводить клинические наблюдения для оценки долгосрочных последствий COVID-19.

Цель исследования.

Целью исследования является оценка частоты и характера нарушений перфузии легких у пациентов с метапневмоническими изменениями, вызванными вирусом SARS-CoV-2 при проведении перфузионной сцинтиграфии легких с использованием эмболизирующего радиофармпрепарата. Полученные данные могут помочь в выборе наиболее эффективной терапевтической тактике лечения для данной группы пациентов, оценить динамику патологического процесса для определения степени обратимости нарушений гемодинамики и восстановление функционирующей паренхимы легкого, что в свою очередь, имеет важное прогностическое значение, определяющее качество жизни пациентов.

Материалы и методы исследования.

В исследование были включены 32 пациента, имеющих в анамнезе пневмонию с подтвержденным положительным результатом теста ПЦР на вирус SARS-CoV-2. Пациентам внутривенно вводился радиофармпрепарат на основе макроагрегатов альбумина человеческой сыворотки крови — Макротех, ^{99m}Tc , который, эмболизируя малые капилляры легких, позволяет визуализировать капиллярный кровоток, не вызывая нарушений вентиляционных и гемодинамических процессов в легких. Спустя 10-15 минут после введения радиофармпрепарата выполнялось исследование в режиме однофотонной эмиссионной компьютерной томографии на гибридном аппарате GE Discovery NM/CT 670 по циркулярной орбите в 128 проекциях с экспозицией 30 секунд в матрице 128×128 , с последующим проведением рутинной компьютерной томографии органов грудной клетки с параметрами сканирования: напряжение на трубке 120 кВ; ток в трубке 200 мА; толщина среза 1,25 мм. Исследования проводились в положении пациента лежа на спине с запрокинутыми кверху руками.

Результаты исследования.

По результатам исследования, у части выздоравливающих пациентов, страдающих одышкой, обнаружены асимметричные зоны снижения регионального кровотока как в зонах пневмофиброза, так и в областях легочной паренхимы, которые не были изменены



по данным компьютерной томографии. Это может свидетельствовать о наличии устойчивых нарушений микроциркуляции, которые могут сохраняться на протяжении длительного времени из-за остаточного вирусного воспаления с адгезией тромбоцитов и микродиссеминированных тромбов. Подобные изменения требуют дальнейшего динамического наблюдения, с **Целью** выявления возможности восстановления гемодинамической функции легких на фоне проводимой терапии.

Вывод.

Наблюдения, полученные в результате проведения перфузионной сцинтиграфии легких могут помочь в подборе адекватной терапевтической тактики ведения данной группы пациентов, а также в оценке морфологических изменений в легочной ткани у пациентов, перенесших пневмонию, вызванную вирусом SARS-COV2, дифференциальной диагностике фиброзированной и склерозированной легочной паренхимы.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ СНИЖЕННОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ

Проф. Ходжанов И.Ю., д.м.н. Умаров Ф. Х., Матанов З.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии» МЗ РУз, г.Ташкент

Актуальность. Отмечается увеличение числа детей и подростков со сниженными возрастными темпами накопления костной массы, низким уровнем минеральной плотности костной ткани и низкоэнергетическими переломами. Выявление факторов риска, приводящих к низкой МПК и остеопорозу у детей и подростков, находит широкое отражение в научной литературе [2, 4, 5]. У 50 % детей и подростков в возрасте до 18 лет происходит как минимум один перелом, а у 20 % — два и более перелома которые случаются при минимальном травматическом воздействии (низкоинтенсивная или низкоэнергетическая травма) [4]. На сегодняшний день направление исследований, связанное с развитием остеопороза у детей, является наиболее важным и малоизученным в детской травматологии и влечет за собой ортопедические проблемы.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения переломов длинных костей у детей на основании изучения минеральной плотности костной ткани и выбора минимально инвазивных методов оперативного лечения.

Материал и методы. Нами в клинике детской травматологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии были изучены данные клинических, рентгенологических и лабораторных методов исследования 230 детей и подростков (173 мальчика и 57 девочек) в возрасте от



6 до 17 лет, находившихся на лечении по поводу низкоэнергетического перелома длинных костей.

Минеральную плотность костной ткани определяли у 230 детей и подростков (57 девочек и 173 мальчика) методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на костном денситометре DMS STRATOS (Франция) с применением евразийской нормативной базы данных. Обследование детей и подростков проводили на 2–3 сутки после оперативного лечения. Уровень минерализации оценивали по абсолютным показателям МПК по показателю Z-критерия на исследованных уровнях скелета при сравнении со среднестатистической нормой для здоровых детей и подростков такого же возраста и пола.

Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по общепринятой формуле: $ИМТ = \frac{вес (кг)}{рост(м)^2}$. Оценку состояния ИМТ (норма, недостаточность, избыток веса, ожирение) проводили на основе нормативов разработанных ВОЗ для мальчиков и девочек соответствующего возраста [7]. В сыворотке крови определяли показатели кальция, фосфора и активность щелочной фосфатазы с использованием анализатора электролитов «MINDRAY BS-330» со стандартными наборами реактивов этой же фирмы. Оценка уровня 25(OH)D3 проведена с помощью иммунолюминесцентного анализа на приборе cobas e 411. Оценку статуса витамина D у детей и подростков проводили в соответствии с рекомендациями: адекватный уровень обеспеченности: 30–50 нг/мл, недостаточность – 21–29 нг/мл, дефицит – 10–20 нг/мл, выраженный дефицит – < 10 нг/мл [8].

Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (непараметрический метод) был использован для выявления и оценки связи между показателями МПК (г/см²) и уровнем витамина D (нг/мл) то-есть, между двумя рядами сопоставляемых количественных показателей. Тесноту связи между признаками оценивают условно: значения коэффициента ранговой корреляции < 0,3 – слабая теснота связи; > 0,3 но < 0,7 – умеренная теснота связи, а значения 0,7 и более – признак высокой тесноты связи. Отличия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследований. У детей и подростков 6–17 лет наиболее часто наблюдали низкоэнергетические переломы (падение с высоты собственного роста) плечевой кости и предплечья (41,3 и 43% соответственно). При обследовании 230 детей и подростков с переломом 184 (80 %) из них имели нормальные показатели индекса массы тела (ИМТ), у 46 (20 %) выявлены отклонения в показателях ИМТ. Из 173 мальчиков 138 (79,8 %) имели нормальный ИМТ, у 7 (4 %) показатели были ниже нормы, 19 (11 %) имели избыточный вес, у 9 (5,2 %) выявлено ожирение. Из 57 девочек нормальные показатели ИМТ были у 46 (80,7%), у 4 (7 %) был ниже нормы, у 5 (8,8 %) – избыточный вес, у 2 (3,5 %) – ожирение.

При обследовании на костном денситометре у 86 (37,4 %) детей и подростков с переломом длинных костей выявлены низкие показатели МПК. При сравнении показателей низкой МПК по показателям ПОП и ПОБК, имелись несовпадения. Если у 86 обследованных были зафиксированы нарушения МПК в ПОП, то из них только у 66 (76,7



%) нарушения МПКТ выявлены в ПОБК, в связи с этим, для дальнейшего анализа использовали показатели Z-критерия ПОП.

Анализ детей и подростков с переломами проводили по группам: дошкольный период (6 лет) – 25 детей, младший школьный (7–12 лет) – 138 детей, старший школьный (13–17 лет) – 67 детей. Наиболее высокий показатель (60 %) переломов был у детей младшего школьного возраста, ниже – у дошкольного –10,9 % и старшего школьного – 29,1 %. В каждой группе по Z-критерию ПОП у детей и подростков анализировали показатели нормы, низкой МПК, отклоняющейся от референтной нормы или остеопороза

Всем больным с остеопенией при оперативном лечении использовались наиболее щадящие и малоинвазивные аппаратные методы хирургического лечения, не требующие дополнительной иммобилизации и позволяющие начало ранних движений в поврежденном суставе. Кроме того, все пациенты получали симптоматическую терапию путём назначения препаратов кальция и витамина D. Велось динамическое наблюдение за эффективностью назначенной терапии, а у детей с подтвержденным диагнозом остеопороз – исследование минеральной плотности костной ткани в динамике.

Вывод. Таким образом, проблема лечения переломов на фоне остеопороза и остеопении достаточно актуальна не только у взрослых, но и у детей. Остеопороз у детей и подростков довольно новое направление с определенными уникальными диагностическими и клиническими проблемами, в решении которых значительная роль принадлежит ортопедам и травматологам, так как у детей обычно диагноз остеопороз требует присутствия низкоэнергетического перелома и снижения МПК. Значительную роль в диагностике МПК играют денситометры типа DEXA, которые дают возможность детально обследовать скелет ребенка и в случае остеопении насторожить клинициста для выявления факторов риска, которые привели к этому состоянию и предложить радикальные подходы для лечения ребенка и повышения МПК. В связи с этим для своевременной диагностики ранних стадий остеопороза у детей с переломами длинных костей необходимо раннее выявление изменений МПК для выбора менее щадящих минимально инвазивных методов хирургического лечения.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

**Ходжахматова Р.Ю., Салиева М.Р., Усманова Г.К.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность темы. Общеизвестно, что в этиологии кариеса и заболеваний пародонта ведущая роль принадлежит микрофлоре полости рта. Микрофлора полости рта является в основном сапрофитной, сформировавшейся в филогенезе человека. Вместе



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



с тем известно, что привычки человека, в первую очередь, неправильное и неумеренное потребление углеводов, сделали микрофлору кариесогенной.

Цель исследования. Гигиеническое обучение и воспитание, направленное на предупреждение стоматологических заболеваний у детей. Заставить человека отказаться от плодов цивилизации практически невозможно, следовательно, в целях охраны здоровья необходимо вводить в его культуру такие формы поведения, которые позволили бы ему компенсировать негативное влияние патогенных факторов.

Материалы и методы исследования. Именно с этой **Целью** в профессиональные обязанности медработников, в т.ч. и стоматологической службы, включена санпросвет работа. Желательным результатом стоматологического просвещения является выполнение пациентами гигиенических правил. В рамках образовательных программ необходимо также побуждать пациента к обращению за профилактическими услугами, которые предлагает современная стоматология.

Результаты исследования. В организации санпросвет работы выделяют несколько уровней. Популяционный уровень: методы, используемые на этом уровне, адресованы широким массам населения - это, например, реклама гигиенических средств, поскольку она обеспечивает разъяснение гигиенических правил и привлечение внимания пациентов к способам сохранения стоматологического здоровья. Групповой уровень: используется при реализации образовательных программ для групп населения. Определяющим фактором при их разработке служит возраст группы, успешность программы будет низкой, если в нее не будут вовлечены родители. Индивидуальный уровень: обучение пациентов осуществляется на врачебном приеме, если речь идет о ребенке до 6 лет, обучать и мотивировать необходимо родителей. Родителей необходимо обучать не только гигиеническим приемам, но и способам побуждения ребенка к выполнению гигиенических правил. Обучение пациентов на этом уровне требует от врача специальных навыков общения. В практике детского стоматолога санпросвет работа является обязательным элементом. Ее эффективность значительно повышается при выборе адекватных методов работы с пациентом. Конкретные приемы работы зависят от целого ряда факторов: личности, социального статуса, материального положения пациента. К наиболее существенным относится возраст пациента. Разделение жизненного пути ребенка на периоды позволяет подбирать наиболее адекватные методы обучения в зависимости от его возможностей. Это связано с уровнем зрелости не только психических функций, но и мониторинговых навыков ребенка. У детей возрастные изменения имеют свою специфику. Периоды стабильности (развитие путем накопления знаний и навыков) в формировании сознания ребенка чередуются с так называемыми возрастными кризисами. Разные стороны личности, в т.ч. психические функции, развиваются неравномерно, непропорционально.

Выводы. Основным содержанием гигиенического обучения и воспитания, направленного на предупреждение стоматологических заболеваний, является решение четырех задач: 1) обучение правильному уходу за зубами;



- 2) ограничение употребления углеводов;
- 3) предупреждение вредных привычек;
- 4) воспитание у ребенка осознанного отношения к лечению зубов, понимания значения здоровых зубов и здоровья в целом.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ У ДЕВОЧЕК ОСЛОЖНЕНИЙ

Ходжиев Х.М., Тойчиев Б.А., Абдубоситов А.А

Республика срочный медицинский помощь научный центр Фергана филиал _

АННОТАЦИЯ

обсуждаются и обобщаются данные, собранные из анамнеза 168 пациенток, находившихся на лечении в стационаре по поводу острых гинекологических заболеваний у девочек в течение 2022 г. Клинические проявления обсуждаются в зависимости от даты и методов диагностики. Представлены статистические данные и **Результаты** после лечения.

Ключевые слова: лапароскопия, перекрут шейки матки, апоплексия, спаечная болезнь, острая гинекологический, киста яичника.

Заболевание D: Брюшная полость у девочек Проблема комплексного подхода к лечению и профилактике спаечной болезни является актуальной, учитывая тяжесть процесса, значительное количество травм, развитие опасных осложнений, особенно характерных для раннего и молодого возраста, а также сохраняется репродуктивное развитие девочек и возможность иметь детей в будущем. Особенно после гинекологических заболеваний значительно увеличилась заболеваемость у девушек, что требует серьезного подхода к этому заболеванию.

Цель нашего исследования – брюшная полость у девочек. Анализ традиционных и лапароскопических операций в профилактике спаечной болезни и прогнозировании риска их осложнений.

Материалы и методы: в 2022 г. в отделение неотложной детской хирургии и неотложной гинекологии РШТТЮОИМФФ поступило 168 пациенток с апоплексией яичника (61 (36,3%) и разрывом и перекрутом кисты яичника). %) с апоплексией, 9 (5,3%) с разрывом и перекрутом кисты яичника лечились консервативно. Из 120 больных, перенесших оперативное лечение, 22 (18,3%) случая апоплексии были выполнены лапароскопически, 98 (81,7%) случаев были обусловлены разрывом и перекрутом кисты яичника, 58 (59%) случаев лечены лапароскопически, 40 (41%) случаев были лапаротомии. лечили оперативно.

Полученные **Результаты** вот и все показывает, что _ операции тип и метод в соответствии с два в группу существование полученный **Результаты** анализ сделано _ Традиционный метод операция сделанный пациентов от хирургии после другой у 28



(70%) человек другой жалобы с обращаться они сделали Эти пациенты должен придерживаться кишечник затмение с 3 людьми пациент снова обращаться при выполнении из них в больницу положил существование в 2(5%) из них слияния отдельный операция сделано _

лапаротомия от операции после в больнице средний уход 7-10 утра день продолжать достиг _ Лапароскопический метод сделанный операция у пациентов нам снова обращаться те, кто сделал этого не произошло и лапароскопический операция сделанный пациенты средний уход лечится 3-5 дней вышел .

Перенесено исследования живот космос должен придерживаться болезнь приходит на выходе от операций традиционный дорога с операция сделанный у пациентов встреча много наблюдается . Более того этот метод с живот занавес и в кишечник избыток травмы доставка уровень избыток из-за контракты фрукты быть возможно как можно выше остается _ Из этого кроме у пациентов желудок кишечник деятельности функциональный расстройства (прием пищи порядка нарушений) не наблюдалось . Эти изменения контроль делать контракты фрукты быть извини заранее предполагать делать возможность дам и риск факторы анализ делать , в них осложнения разработка и уход оптимизация давать возможность дал _

Вывод : острый гинекологический болезни оперативный в лечении осложнения профилактика получать для того, чтобы у пациентов профилактический меры брать идти нуждаться показывает .

Основной внимание :

- 1 . Операция вмешательство этап профилактика : методы и в технологиях изменения основной факторы эффект уменьшить направленный операция процедуры то есть операции лапароскопический подход разработка и возможность до традиционный методов меньше использовать _
2. Длинный срок профилактика - улучшение через косвенно эффект : рациональный питание , физиотерапия , массаж , терапия инструменты через еда пищеварение делать тракт производительность физическая образование и другие _

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ

**Ходжиматов Г.М., Яхёев С.М., Турсунбоев А.К., Юлдашев Х.А., Умурзаков О.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан**

Актуальность. Среди травм мирного времени особую, многочисленную группу составляют торакоабдоминальные травмы (ТАТ), которые относятся к числу наиболее тяжелых повреждений как мирного, так и военного времени. Диагностика и лечения пострадавших с торакоабдоминальной травмой является одной из наиболее сложных



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



проблем хирургии. Данное положение обусловлено не только высокой степенью распространения данного вида травматизма, но высокой частотой диагностических ошибок и осложнения и лечения.

Цель. Улучшение результатов диагностика и хирургические лечения больных сторакоабдоминальных травм.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 52 больных сторакоабдоминальных травм. Мужчин было 44 (84,6%), женщин – 8 (15,4%). Средний возраст больных составил 32,4 г. В 75% случаях причиной ТАТ явились транспортные происшествия, в 15% – бытовые травмы, в 10% – падение с высоты. Всех больных с ТАТ разделили на 2 группы. У пострадавших I группы (28) преобладали расстройства, обусловленные травмой груди.

Травматический шок и острая дыхательная недостаточность отмечены у всех больных. Причиной дыхательных нарушений были обструкция трахеобронхиального дерева, коллапс легкого (гемоторакс, пневмоторакс), нарушение каркасности грудной клетки. В основе лечения травмы груди – борьба с острой дыхательной недостаточностью, обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, обезболивание мест переломов, оксигенотерапия, декомпрессия плевральной полости, борьба с инфекцией, электролитными нарушениями, проведение ИВЛ при угнетении спонтанного дыхания.

Всем пациентам I группы в первую очередь выполнено рентгенологическое обследование органов грудной клетки и брюшной полости. Выявлены: пневмоторакс – у 6 пациентов, гемоторакс – у 20, переломы ребер различной степени у всех больных, в 2 случаях в брюшной полости диагностирован газ, 12 пациентам в тяжелом состоянии рентгенологическое исследование проводилось в условиях операционной. II группа – 24 больных с доминирующей травмой живота, у которых регистрировалась выраженная картина травматического шока. Острая дыхательная недостаточность диагностирована у 18 человек, повреждения костного каркаса не были тяжелыми. Независимо от степени тяжести всем больным этой группы проводилось рентгенологическое обследование брюшной полости, основная задача которого – выявление свободного газа и свободной жидкости. По показаниям осуществлялось рентгенологическое исследование грудной клетки. У 8 больных этой группы обнаружен газ в брюшной полости, у 12 – жидкость, у 10 – пневмогемоторакс.

Результаты и обсуждение

В I группе выполнены следующие оперативные вмешательства: при пневмотораксе и малом гемотораксе (рентгенологически затенение до 15% гемоторакса) – торакоцентоз – у 16 пациентов, торакоскопия – у 2, торакотомия – у 7, видеоторакоскопия – у 1. Небольшое количество выполненных торакоскопий объясняется тем, что это вмешательство чаще применяется при изолированной травме груди [5]. Дренажирование плевральной полости оказалось эффективным в 14 случаях, в 2 случаях развился свернувшийся гемоторакс, для разрешения которого выполнена торакотомия у 1 больного и торакоскопия у 1. В этой же группе в разные сроки (от 1 до 6 ч) после



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



выполненных оперативных вмешательств на груди появились симптомы поражения органов брюшной полости у 18 больных. В 8 случаях выполнен лапароцентез с конверсией в лапаротомию в 6 случаях, в 1 – лапароскопия, в 5 – лапаротомия. Выявлены повреждения печени в 3 случаях, селезенки – в 5, тонкой кишки – в 4, мочевого пузыря – в 1, диафрагмы – в 1. Во II группе первоочередно выполнены операции у 16 пациентов, лапароскопия – у 1, лапароцентез – у 7 с конверсией в лапаротомию в 5 случаях. В последнее время при сочетанных повреждениях живота, кроме лапаротомии, в качестве дополнительных диагностических методов применяется лапароскопия, которая до последнего времени широко использовалась при хронических формах или при изолированной травме живота [4]. В неясных случаях лапаротомии должен предшествовать лапароцентез, который не разрешает все диагностические трудности, но является безопасным и быстро выполняемым диагностическим приемом, который может позволить избежать «напрасной» лапаротомии. Лапароскопия выполнена только в 1 случае, так как, по мнению авторов, при ТАТ это вмешательство усугубляет дыхательную недостаточность за счет создания пневмоперитонеума, поэтому должно выполняться преимущественно при изолированной травме живота. Диагностированы повреждения печени (6), селезенки (8), тонкой и толстой кишки (4), диафрагмы (2), сальника (6), брыжейки (4), мочевого пузыря (1). При разрывах печени осуществлены ушивание раны с тампонадой сальником, тампонада марлевым тампоном. Резекцию печени не проводили. Повреждения селезенки закончились спленэктомией во всех случаях. Тактику обязательного выведения пострадавшего из шока до операции считаем ошибочной. Только срочная остановка кровотечения с параллельно проводимыми реанимационными мероприятиями может улучшить **Результаты** лечения таких больных. Во II группе на операционном столе 14 пациентам после вмешательств на органах брюшной полости выполнен торакоцентез, который был эффективным у 10 больных. У 2 больных наблюдался стойкий коллапс легкого в течение 3-5 сут, у 2 – прогрессирующий гемоторакс, некупируемый консервативной терапией. В этих случаях сделана торакотомия. Послеоперационные осложнения развились у 18 (34%) больных, 8 (15,3%) пациентов умерли.

Выводы. При обследовании больных с ТАТ необходимо осуществлять рентгенографию грудной и брюшной полости. При торакоабдоминальных травмах при выборехирургического пособия надо руководствоваться доминирующим повреждением. При подозрении на массивное кровотечение в грудную и брюшную полость необходимо максимально быстро выполнить торакотомию и лапаротомию, причем в первую очередь начинать с торакотомии. При ТАТ с преобладанием легочных симптомов необходимы декомпрессия плевральной полости и торакотомия по показаниям. При травме живота, исключая профузное внутрибрюшное кровотечение, вмешательство следует начинать с лапароцентеза. Лапароскопия при ТАТ должна выполняться максимально ограниченно.



ОЦЕНКА ОСТРЫЙ ТОКСИЧНОСТИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА ПРИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫМ ВВЕДЕНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Умматалиев Б.Т., Мирзабаев Г.Э., Бобаев У.Н.,
Минаваров Н.Ю

Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. На современном этапе развития гепатологии перспективными остаются исследования, направленные на совершенствование технологий экстракорпоральной детоксикации, в частности, разработку новых гемосорбентов высокого качества на основе специальных видов сырья и технологий, позволяющих улучшить качество удаления токсических метаболитов и снизить риск развития или прогрессирования заболевания.

Цель исследования. Изучить токсичность при внутрижелудочном

Введение

нанопористого углеродного сорбента в эксперименте.
Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены на 42 белых лабораторных крысах породы «Вистар», которые осуществлялись на базе ГУ «РСНПМЦХ» имени акад. В.Вахидова, отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Острую токсичность при внутрижелудочном введении препарата изучали на 42 белых крысах-самцах с массой тела 190-240 г. Экспериментальные животные содержались в одинаковых условиях вивария и на сбалансированном по содержанию белков, жиров и углеводов рационе питания со свободным доступом к воде и пище. Животные были разделены на 7 групп по 6 особей в каждой. Животным 6 опытных групп натошак вводили физиологический раствор (в котором в течение 2 суток выдерживали испытуемый угольный нанопористый сорбент) в желудок при помощи шприца с металлическим зондом в дозах: 5000, 5500, 6000, 6500, 7000 и 7500 мг/кг массы тела. Изучаемые дозы сорбента вводили через 3- и 4- часовым интервалом в течение суток. Животные находились под наблюдением в течение первого дня и на протяжении 2-3 недель эксперимента. 7-ая группа животных служила контролем.

Результаты исследования. Проведенный эксперимент показал, что у животных после введения водной суспензии препарата в дозах 5000, 5500, 6000, 6500, 7000 и 7500 мг/кг изменений в поведении и функциональном состоянии не наблюдалось. Аппетит у животных не нарушался, шерсть гладкая, блестящая. Психосоматические показатели животных не изменялись. Гибели животных и симптомов интоксикации не выявлено. Животные были активны, охотно поедали корм, активно реагировали на раздражители. Определена максимально-переносимая доза имплантата на уровне 7500 мг/кг.



Заключение. Таким образом, экспериментальные исследования показали, что при внутрижелудочном введении нанопористого углеродного гемосорбента не обладает токсичным воздействием, не вызывает интоксикацию и гибель животных.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАМАХ

**Ходжиматов Г.М., Яхёев С.М., Турсунбоев А.К., Юлдашев Х.А.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан**

Цель исследования.

Улучшение качества медицинской помощи пострадавшим с торакоабдоминальными травмами на госпитальном этапе путем разработки и внедрения лечебно-диагностического алгоритма, а также внедрения в клиническую практику эндовидеохирургических способов диагностики и лечения.

Материал и методы. За 6 лет в отделении экстренной хирургии Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2017 по 2022 годы находились на лечении 190 пострадавших с торакоабдоминальными травмами. Ретроспективно проанализированы истории болезни 122 (64,86%) больных (в контрольной группе лечились с 2017 по 2020 г.), с торакоабдоминальными травмами, у которых диагностический и лечебный этапы проводились по общепринятой схеме. В основной группе находились 65 (35,14%) больных с торакоабдоминальными травмами, которые находились на лечении с 2021 по 2022 годы, и у которых диагностика и лечение проводилась с разработанной нами диагностического и лечебного алгоритма с применением новых технологий.

Возраст больных колебался от 19 до 88 лет. Наибольшую группу больных составили больные в возрасте от 19 до 30 лет – 73 человек (38,4%). Больных мужского пола было в 3,2 раза больше, чем больных женского пола – 76,3% против 23,7%.

Результаты и обсуждение. Клинический опыт показал, что для выбора наиболее рационального лечения с последовательным применением оперативных и консервативных мероприятий, необходима классификация и определенный лечебно-диагностический алгоритм действий, которые служат руководством к действию практических врачей. В зависимости от преобладания той или иной симптоматики отчетливо выделялись три группы пациентов с различной характеристикой повреждений: 1) первая группа - это пострадавшие с преобладанием симптомов повреждения органов грудной клетки - 66 (34,7%); 2) вторая группа - больные с преобладанием симптомов повреждения органов брюшной полости - 91 (47,9%); 3) третья группа - пациенты с одинаковыми по сложности, повреждениями органов грудной и брюшной полостей - 33 (17,4%).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



В зависимости от преобладания той или иной симптоматики отчетливо выделялись три группы пациентов с различной характеристикой повреждений: 1) первая группа - это пострадавшие с преобладанием симптомов повреждения органов грудной клетки - 66 (34,7%); 2) вторая группа - больные с преобладанием симптомов повреждения органов брюшной полости- 91 (47,9%); 3) третья группа - пациенты с одинаковыми по сложности, повреждениями органов грудной и брюшной полостей- 33 (17,4%).

При выполнении диагностической торакоскопии (6(3,2%) от общего числа операций – 8 (4,2%) от числа всех торакоскопических операций) при торакоабдоминальной травме патологии со стороны органов грудной клетки не было выявлено, что было подтверждено в ходе наблюдения за пациентами и составлен истинно отрицательный результат.

Во время выполнения 2(1,1%)диагностических торакоскопий, было выявлено показание к конверсии оперативного доступа- массивное внутривидеолевральное кровотечение при колото-резанном ранении груди и легкого и при множественном повреждении легкого. Описанные причины массивного кровотечения были выявлены только при торакотомии, не позволяли визуализировать данные повреждения при эндовидеохирургической диагностической операции.

Анализ результатов наших исследований при применении эндовидеохирургических технологий для диагностики и лечения больных с торакоабдоминальной травмой (интروперационные, послеоперационные осложнения, летальность) и результатов операций посредством торакотомии или лапаротомии позволил вывести степень клинической эффективности эндовидеохирургических методик. Так, из 19 выполненных эндовидеохирургических диагностических и лечебных операций эффективными были признаны 18 (9,5) % от общего числа операций, 26,5% от числа операции II группе).В группе операции, выполненных посредством открытого оперативного доступа, в 38 случаях (31,2%) от общего числа операции, 74,6% от числа операций в I группе контрольной группе) были зафиксированные осложнения и в случае соответственно 2(2,9%) и 9 (7,4%) летальным исход). Клиническая эффективность эндовидеохирургических диагностических и лечебных операций в среднем в 1,1 раза выше такового при вмешательствах посредством открытого оперативного доступа.

Хороший клинический эффект был достигнут в результате лечения больных основной группы больных с применением эндовидеохирургических вмешательств. Так в послеоперационном периоде болевой синдром был менее выражен, не было необходимости в длительном наблюдении и лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации. Кроме того, снизились показатели послеоперационных осложнений на 32 % (в том числе ранних на 26,1% и поздних на 5,9%), хорошего косметического эффекта,сократилось среднее пребывание в стационаре на $4,3 \pm 0,34$ койко-дня, и уменьшилась послеоперационная летальность на 11,7%. Отсутствовал косметический дефект на грудной и брюшной стенке.



Одним из главных показателей исхода лечения является летальность, составившая 25,6 %. Умерло 7 (6,4%) человек от шока, 13- (10,6%) от полиорганной недостаточности, 5(4,1%) - от ТЭЛА.

Заключение или

Выводы. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма позволяет уменьшить количество необоснованных лапаротомий (5,2%) или вследствие этого травматизм операции. А также, клиническая эффективность применения эндовидеохирургии при торакоабдоминальной травме в среднем в 1,1 раз выше от эффективности диагностических и лечебных методик операций посредством открытого оперативного доступа.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хожиметов Д.Ш.

Актуальность. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) встречается почти у трети пациентов с циррозом печени (ЦП), и его развитие всегда ассоциировано с высокой летальностью 10-20 %. Риск развития повторного кровотечения очень высок и зависит от тяжести цирроза: в первый год рецидив наблюдается у 28 % пациентов со степенью А (по Child-Pugh), у 48 % – со степенью В, у 68 % – со степенью С. Если гемостаз достигается без применения хирургических методов, рецидив кровотечения в течение года развивается у 50-80 % больных, в течение двух лет – у 80-90 %1.

Кровотечение из ВРВП – завершающее звено в последовательности осложнений ЦП, вызванных прогрессирующим фиброзом, развитием синдрома портальной гипертензии (ПГ), формированием коллатерального кровообращения с прогрессирующим расширением вен пищевода и последующим их разрывом. Несмотря на накопленный опыт ведения и лечения пациентов с кровотечениями из ВРВП, паллиативные методы (медикаментозные и хирургические) не могут в полной мере обеспечить профилактику рецидива кровотечения.

Цель исследование. Улучшить **Результаты** лечения больных с портальной гипертензией и кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода путем применения эндоскопической гемостаза.

Материал и методы. В период с ноября 2020 года по февраль 2022 года в отделении 3 хирургии и эндоскопии АГМИ у 60 больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода выполнено 72 эндоскопических лигирований. Все пациенты первично находились на обследовании и лечении в отделении гепатологии и 3 - хирургии АГМИ.



В протокол обязательного обследования пациентов включено выполнение эзофагогастродуоденоскопии с оценкой степени варикозного расширения вен по классификации N. Soehendra или ее модификации. Эндоскопическое лигирование выполнялось пациентам с ВРВ пищевода 3 степени согласно указанной выше классификации. Средний возраст пациентов составил 50 года (min 25 - max 75), из них мужчин было 33 (53,6 %), женщин – 27 (46,4%). Распределение больных по этиологии развития цирроза печени было представлено следующим образом: Вирусные гепатиты - 20 (33,3 %), цирроз смешанной этиологии - 15 (25 %), первичный билиарный цирроз печени - 10 (16,6%), токсический - 7 (12%) цирроз неясной этиологии - 8 (13%).

инфузионная терапия с восстановлением объема циркулирующей крови, вазопрессорная терапия, направленная на снижение давления в системе воротной вены, блокатор протеазы - сандостатин, ингибитор протоновой помпы и блокатор H₂- ретцепторов с последующим лигированием ВРВ пищевода в качестве окончательного метода гемостаза. Техника оперативного вмешательства. Операцию проводили под внутривенной анестезией. Для лигирования ВРВ использовали специальные устройства - Эндоскопическую лигаторы. В своей практике использовали многозарядные лигаторы фирм Cook Medical и Boston Scientific с числом предзаряженных лигатур от 6 до 10. Аппарат проводился до области пищеводно-желудочного перехода при минимальной инсуффляции воздуха с

Целью избежать срыгивания и разрыва вариксов. При минимальной инсуффляции воздуха определяли варикозный узел наибольшего Освобождение лигированных тканей из колпачка осуществлялось путем аккуратного извлечения аппарата на 2–3 см на фоне возобновления подачи воздуха, способствующего выталкиванию лигированных тканей. В последующем кольца накладывали по спирали, избегая наложения лигатурных колец в одной плоскости по окружности пищевода с **Целью** профилактики дисфагии в ближайшем послеоперационном периоде и формирования стриктуры на более поздних сроках.

Результаты их обсуждения. Среднее время оперативного вмешательства составило 10 минут (5–15 минут). В двух наблюдениях отмечались интраоперационные кровотечения, обусловленные соскакиванием наложенной лигатуры (1) и травмой вены краем лигирующего колпачка (1). Контрольная ЭГДС назначалась с интервалом 1 раз в 3 месяца и при наличии новых стволов варикозных вен проводились повторные лигирования. Всего 3 (4.1%) пациентам из группы наблюдения потребовались повторные лигирования (2 раз за период наблюдения). У 3 (4.1%) пациентов, которым было выполнено лигирование в экстренном порядке, развились кровотечения из ВРВ (3 дней послеэндоскопического остонавка). В настоящее время все пациенты, которым выполнено эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода, находятся под динамическим наблюдением специалистов-гепатологов отделения гепатологии с проведением мониторинга выраженности портальной гипертензии.



Заключение. Эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода является высокоэффективным, экономичным и технически простым методом профилактики жизнеугрожающих кровотечений портального генеза.

ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ И КЛИНИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ АНЕМИИ ПРИ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Холматова Г.А., Бекташева Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сахарный диабет (СД) — распространенное заболевание, которым страдает около 5% населения Европы. Распространенность этого заболевания растет с каждым годом. Ожидается, что в ближайшие несколько лет число таких пациентов в Европе превысит 32 млн человек. Характерным осложнением СД как 1, так и 2 типа является нефропатия. В индустриально развитых странах диабетическая нефропатия сегодня стала ведущей причиной терминальной стадии хронической болезни почек (ХБП). По мере роста числа больных СД можно ожидать и пропорционального возрастания роли диабетической нефропатии в структуре больных терминальной почечной недостаточностью.

Примерно половина больных с ХБП страдает анемией. Соответственно, СД является одной из главных причин почечной анемии. При диабетической нефропатии анемия развивается раньше и чаще и протекает тяжелее, чем у больных с заболеваниями почек другой природы. Например, по данным эпидемиологического исследования NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey), проводившегося в США, частота анемии у больных ХБП III–IV стадий и СД была в 2 раза выше, чем у больных с сопоставимым нарушением функции почек, не страдающих СД.

Цель исследования. Определить распространенность анемии у лиц с СД 2-го типа.

Материалы и методы исследования. Включены 80 пациентов с СД 2-го типа в возрасте старше 40 лет. Среди обследованных было 43 мужчины, 37 женщин. Средний возраст женщин и мужчин составил 58 ± 14 и 62 ± 12 года соответственно. Средняя длительность диабета — $11,42 \pm 2,2$ года. Контрольную группу составили 38 пациентов (средний возраст — $58,6 \pm 2,3$ года) без СД в анамнезе.

Результаты исследования. В ходе исследования были обследованы 80 пациентов с СД 2-го типа, длительность заболевания которых составила более 5 лет, из них 26 (56,5%) — мужчины и 20 (43,5%) — женщины. Среди пациентов, длительность заболевания которых менее 5 лет, 15 (44,1%) мужчин и 19 (55,8%) женщин. HbA1C у мужчин составлял 7,1% (4,8–15,0), у женщин — 6,6% (4,9–11,1), в общей группе его значение — 6,9% (4,8–15,0). У 36 (28,8%) пациентов СД сочетался с анемией. Уровни Hb, HbA1C и экскреция альбумина с мочой, как и измерение соотношения альбумин/креатинин в моче, для каждого пола рассматривали индивидуально



Соотношение альбумин/креатинин в моче у мужчин – 9,0 (0,8–>1000) мг/г и женщин – 9,9 (1,0–>1000) мг/г, в общей группе – 9,6 (0,8–>1000) мг/г. Клиренс креатинина у мужчин – 112±42 мл/мин и у женщин – 86±33 мл/мин, в общей группе – 103±41 мл/мин. Нормальный креатинин сыворотки (<110 мкмоль/л) имели 87% пациентов (86% мужчин и 84% женщин). Нормальный уровень соотношения альбумин/креатинин (<24 мг/г) имели 75% пациентов (74% мужчин и 77% женщин). Средний уровень Hb был 14,2±1,3 г/дл у мужчин и 13,6±1,5 г/дл у женщин. У 19 (23,7%) пациентов диагностирована анемия по критериям ВОЗ, включая 11 мужчин и 8 женщин со средним уровнем Hb 12,3 г/дл (от 10,9 до 12,9) и 11,5 г/дл (от 9,2 до 11,9) у мужчин и женщин соответственно. Средний объем эритроцитов (MCV) для 10 анемичных мужчин был 90,1±5,4, при этом только один пациент с MCV<78. Среднее значение MCV для 5 анемичных женщин составляло 84,5±7,8, у 3 из 8 пациенток MCV<78. Поэтому большинство (85%) пациентов имели нормоцитарную анемию. Используя критерии ВОЗ для определения анемии, у 74% анемичных пациентов сывороточный креатинин составлял <110 мкмоль/л и 72% анемичных пациентов имели расчетный клиренс креатинина >60 мл/мин. Из тех, у кого сывороточный креатинин был в норме (<110 мкмоль/л), 7% мужчин и 14% женщин имели анемию по сравнению с 24% мужчин и 38% женщин с повышенным креатинином (>110 мкмоль/л).

Вывод. В настоящее время накапливается информация о замедлении прогрессирования хронических осложнений сахарного диабета (нефропатии, нейропатии, ретинопатии) и сердечно-сосудистой патологии под воздействием антианемической терапии с использованием препаратов рчЭПО. При этом остается не вполне ясным вопрос о соотношении эффектов нормализации уровня гемоглобина и непосредственного кардио-, нефро- и нейропротективного действия ЭПО. На основе дальнейшего изучения механизмов развития анемии у больных сахарным диабетом и патогенетической роли ЭПО в этих процессах должны быть определены четкие показания к началу терапии препаратами рчЭПО, оптимальные схемы лечения, целевые уровни гемоглобина для различных групп пациентов.

ОЦЕНКА МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ДИАБЕТА ПРИ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Холматова Г.А., Бекташева Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Анемия оказывает нежелательное влияние на качество жизни больных, вызывает снижение работоспособности и толерантности к физической нагрузке, ухудшение сексуальной и когнитивной функций и сопровождается различными симптомами (одышка, головокружение, плохой аппетит и т. д.). Более того, анемия у



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



больных СД позволяет предсказать повышенный риск неблагоприятных исходов (независимо от тяжести нефропатии) и, по-видимому, сама по себе способствует прогрессированию микро- и макроангиопатии. Тем не менее, врачи обычно не придают особого значения анемии у таких пациентов.

Ведущую роль в патогенезе почечной анемии играет дефицит эритропоэтина, вырабатываемого почками. В этой связи высказано предположение о том, что его более раннее применение у больных диабетической нефропатией может привести к улучшению прогноза при этом состоянии.

Цель исследования. Определить распространенность анемии у лиц с СД 2-го типа.

Материалы и методы исследования. Включены 80 пациентов с СД 2-го типа в возрасте старше 40 лет. Среди обследованных было 43 мужчины, 37 женщин. Средний возраст женщин и мужчин составил 58 ± 14 и 62 ± 12 года соответственно. Средняя длительность диабета – $11,42 \pm 2,2$ года. Контрольную группу составили 38 пациентов (средний возраст – $58,6 \pm 2,3$ года) без СД в анамнезе.

Результаты исследования. По результатам настоящего эпидемиологического исследования, распространенность анемии среди лиц с СД 2-го типа составляет 23,7%. Несмотря на то, что при наличии анемии самая высокая корреляция была у клиренса креатинина, приблизительно у 75% пациентов с анемией сывороточный уровень креатинина (<110 мкмоль/л) и клиренс креатинина (>60 мл/мин) были в норме. Измерения распространенности анемии в публикациях иностранных авторов варьируют в зависимости от изучаемой популяции и используемых методов диагностики. Данное исследование показывает, что в возрастной группе около 60 лет при сохраненной функции почек (скорость клубочковой фильтрации – 60 мл/мин на $1,73\text{м}^2$) распространенность анемии составляет 23,7%, что совпадает с данными исследований зарубежных авторов. Выраженность анемии у лиц с СД была связана с рядом факторов, включая скорость клубочковой фильтрации, экскрецию альбумина с мочой и уровнем HbA1C. Кроме того, распространенность анемии у пациентов с СД в 2–3 раза выше, чем у пациентов с сопоставимыми почечными нарушениями в общей популяции.

Результаты данного исследования совпадают с **Выводами** зарубежных авторов. Однако в данном исследовании ассоциации с возрастом, сывороточным креатинином и расчетным клиренсом креатинина были выражены у мужчин. Отсутствие дальнейших ассоциаций может быть связано с относительно небольшим размером выборки. Другим важным **Выводом** была ассоциация между продолжительностью диабета и распространенностью анемии. Лица с длительностью СД более 5 лет имели в 1,7 раза более высокий риск развития анемии, чем при длительности диабета менее 5 лет. Эти наблюдения предполагают, что выявление анемии должно происходить при рутинном обследовании лиц с СД и способствовать своевременному лечению с **Целью** сведения к минимуму риска таких микрососудистых осложнений, как нефропатия и ретинопатия.



Вывод. В настоящее время накапливается информация о замедлении прогрессирования хронических осложнений сахарного диабета (нефропатии, нейропатии, ретинопатии) и сердечно-сосудистой патологии под воздействием антианемической терапии с использованием препаратов рчЭПО. При этом остается не вполне ясным вопрос о соотношении эффектов нормализации уровня гемоглобина и непосредственного кардио, нефро- и нейропротективного действия ЭПО. На основе дальнейшего изучения механизмов развития анемии у больных сахарным диабетом и патогенетической роли ЭПО в этих процессах должны быть определены четкие показания к началу терапии препаратами рчЭПО, оптимальные схемы лечения, целевые уровни гемоглобина для различных групп пациентов.

СОВРЕМЕННАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хомидова Г.Ж.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Диагностический алгоритм ультразвукового исследования щитовидной железы предусматривает оценку анатомического строения органа, его расположения относительно костных структур, размеров, эхо-структуры и экзогенности. Дополнительно оценивается состояние лимфатических узлов шеи.

Цель исследования. Изучить эхо-графическую семиотику узловых образований щитовидной железы с кистозными изменениями для определения дифференциальных диагностических признаков рака щитовидной железы в кистозно измененных узлах.

Материалы и методы исследования. Всего осмотрено 150 человек, из них мужчин 65 (43,3%), женщин 85 (56,6 %). в возрасте от 18 до 65 лет. В качестве контроля было обследовано 20 практически здоровых лиц идентичных по возрасту.

Результаты исследования. Характер выявленных отклонений выглядит следующим образом: диффузные изменения ЩЖ обнаружены в 67 наблюдениях (45%), из них 73 женщины (49%) и 60 мужчины (40%). Сочетание узловых образований и диффузных изменений выявлено в 19 случаях (13 %), из них 21 женщины (14%) и 19 мужчины (13%). Только узловые образования диагностированы у 45 пациентов (30%), из них 43 женщины (29%) и 42 мужчины (28%). Кисты встретились у 3 обследованных (1,5%), у 4 женщин (2%) и 2 мужчин (1%). Гиперплазия околощитовидных желез выявлена у 2 мужчин (0,05%). Диффузное увеличение ЩЖ без изменения ее эхоструктуры диагностировано у 7 человек (5%), из них 2 женщины (1%) и 16 мужчин (11%). И, наконец, гипоплазия ЩЖ была выявлена у 16 (11%) пациента, из них 10 женщин (6%) и 4 мужчин (6%). Приведенные данные свидетельствуют о том, что существенных половых различий в распределении патологических изменений ЩЖ не выявлено.



Диффузные изменения сочетались с диффузным увеличением ЩЖ в 31(21%) случаях. Характер диффузных изменений ЩЖ с высокой вероятностью можно было предположить в 20 наблюдениях (13%), в 53 случаях выявлены признаки хронического аутоиммунного тиреоидита, и по одному случаю – тиреоидит Де Кервена и диффузный токсический зоб. Узловые образования ЩЖ, в том числе в сочетании с диффузными изменениями, были выявлены в 65 (43%) наблюдениях. Половых различий в локализации и количестве узлов выявлено не было. Одиночные узлы одинаково часто располагались в правой и левой долях, в 35% случаев, а в перешейке в 2% наблюдений. У 15% обследованных лиц обоего пола единичные узлы визуализированы в двух долях одновременно, а многоузловой зоб диагностирован в 10 % случаев.

Важно тот факт, что в 11 % случаев всех лиц с патологией, одинаково часто как у мужчин, так и у женщин, выявлены узловые образования ЩЖ, максимальный размер которых более 1 см. Их характер нуждается в цитологической верификации, динамическом наблюдении и решении вопроса о хирургическом лечении. Таким пациентам рекомендована пункционная биопсия под ультразвуковым контролем с дальнейшей консультацией хирурга-эндокринолога. В 4% наблюдений ультразвуковая картина узловых образований имела явные признаки злокачественного роста: сниженную эхогенность, нечеткий неровный контур, неправильную форму, деформацию капсулы железы.

Вывод. Таким образом, выявлены группа больных с предполагаемым аутоиммунным процессом, которым необходимы цитологические, функциональные и иммунологические исследования, и группа лиц с неспецифическими изменениями, которым достаточно исследования только функционального тиреоидного статуса.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ДИАГНОСТИКУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

Хомидова Г.Ж.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В определении диагностических возможностей ультразвукового метода исследования - в выявлении патологических изменений плевральной полости и легких

В определении объективных критериев диагностики опухолевых и неопухолевых заболеваний плевральной полости и легких. В определении диагностических признаков доброкачественных и злокачественных новообразований плевральной полости и легких. В установлении диагностической значимости ультразвукового метода для проведения пункции плевральных полостей и легких. Определении места ультразвукового исследования в комплексной диагностике при подозрении на патологические изменения в плевральной полости и легких.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



В настоящее время особое место в структуре визуальных методов диагностики приобрело ультразвуковое исследование. Безопасность методики, простота ее выполнения, высокая разрешающая способность, эффективность во многих областях привели к резкому росту удельного веса ультразвуковых исследований. Материалы зарубежной и отечественной литературы показывают, что применение ультразвукового исследования для диагностики патологических изменений в плевральной полости и легких не изучено.

Цель исследования. Оценка диагностических возможностей ультразвукового исследования в визуализации плевральных полостей и легких, выявление патологических изменений в них, а так же использование ультразвукового метода в дифференциальной диагностике.

Материалы и методы исследования. В условиях клинике АООД за период с 2022 по 2023 годы позволило определить возможности данного метода на основании результатов обследования 602 пациентов. Среди общего числа

Результаты исследования. Всем пациентам в обязательном порядке проводилось рентгенологическое исследование грудной клетки, которое включало наряду с обзорной рентгенограммой в 2-х проекциях и послойное томографическое исследование, при подозрении на плеврит исследование проводилось в латеропозиции. Компьютерная томография (КТ) выполнена у 167 (27,7%) больных с патологическими изменениями в плевральных полостях и легких.

Результаты исследования показали, что главным достоинством ультразвукового метода явилась возможность четко дифференцировать печень, диафрагму, плевральную полость. Кроме того, высокая специфичность ультразвукового метода позволяет по характеру контуров, эхоструктуре образования достаточно точно определить доброкачественность процесса.

В то же время информативность рентгенологического метода в дифференциации объемных образований плевральных полостей ограничена, так как при данном методе невозможна четкая визуализация печени и диафрагмы. При компьютерной томографии ошибочные

Результаты обусловлены проведением срезов по Пирогову, что приводит к наложению изображения объемных образований, локализующихся в нижних отделах плевральной полости, на изображение печени.

Диагностическое значение ультразвукового метода в выявлении злокачественного процесса в плевральной полости изучено при обследовании 14(46,7%) больных с метастазами в плевру.

Эхографическое изображение метастазов в плевру характеризуется: 1) утолщением плевры в зоне метастазирования, 2) эхоструктура утолщенной плевры однородная с несколько пониженной эхогенностью, 3) наличием одного или нескольких округлых объемных образований с ровными контурами, 4) однородной эхоструктурой со средней интенсивностью эхосигнала или неоднородной эхоструктурой при распаде метастаза, 5) однородной эхоструктурой с пониженной интенсивностью эхосигнала или неоднородной эхоструктурой за счет участков с низкой интенсивностью эхосигнала (участки распада).



Минимальный размер метастаза диагностированного при ультразвуковом исследовании был 1 см.

Злокачественная опухоль средостения в нашей работе диагностирована при ультразвуковом исследовании у 3-х (15%) больных. Во всех случаях опухоль была подтверждена при рентгенологическом исследовании и КТ.

Ультразвуковое исследование, проведенное у 3-х (15%) больных с мезотелиомой плевры, позволило во всех случаях выявить патологические изменения.

Характерными признаками мезотелиомы плевры являются: 1) локальное или диффузное утолщение плевры, 2) эхоструктура утолщенной плевры однородная со средней интенсивностью эхосигнала, 3) наличие объемного образования с неровными контурами, 4) эхоструктура опухолевого узла однородная с повышенной эхогенностью или с участками пониженной эхогенности при распаде опухоли.

Сравнительный анализ с данными рентгенологического исследования показал, что при рентгенографии в 2-х случаях патологические изменения плевры выявлены не были, в 1-ом интерпретация, выявленных изменений была затруднительна. КТ выявила утолщение плевры у 2-х больных, в 1-ом случае данные изменения определены не были.

Полученные **Результаты** показали, что использование ультразвукового исследования позволяет четко определить дифференциальные признаки злокачественного процесса, определить топографию опухолевого узла.

Учитывая тот факт, что мезотелиома плевры как правило сопровождается плевритом (В.М. Тырасова с соавт., 1984) использование ультразвукового метода позволит существенно улучшить диагностику данного заболевания.

Таким образом, данные нашего исследования дают основание говорить о ведущей роли ультразвукового исследования в диагностике опухолевого поражения плевры. Осуществление ультразвуковой скрининг-программы позволит значительно сократить количество рентгенологических исследований, которые менее информативны в выявлении данной патологии.

Вывод. Таким образом, диагностические возможности контактного ультразвукового исследования в визуализации плевры и легких в норме, в выявлении и дифференциации патологических изменений в них до настоящего времени не изучены. Последнее означает необходимость и своевременность решения данного вопроса.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хошимов А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Больные, имеющие метастазы в висцеральные органы живут, после прогрессирования процесса, достоверно меньше (13,911,1 мес.), чем пациентки с метастазами в кости (22,511,9 мес.) ($p=0,0007$) и мягкие ткани/лимфатические узлы



(23,011,9 мес.) ($p=0,0003$). Сочетанное же поражение висцеральных органов и костей еще больше ухудшает прогноз в выживаемости (10,211,1 мес.) по сравнению с больными, у которых было локальное метастазирование в висцеральные органы (13,911,1 мес.), хотя данные статистически не достоверны ($p=0,05987$), при вовлечении в процесс кроме висцеральных органов еще и мягких тканей и лимфатических узлов (10,011,1 мес.), прогноз ухудшается уже достоверно ($p=0,01987$). Следовательно, наиболее прогностически неблагоприятным для жизни больных МРРМЖ после начала прогрессирования является поражение висцеральных органов в сочетании с вовлечением в опухолевой процесс мягких тканей/лимфатических узлов или костей.

Цель исследования. В нашем исследовании хотелось бы ответить на вопрос, как изменение уровня экспрессии рецепторов стероидных гормонов влияет на характер метастазирования, а следовательно, на продолжительность и качество жизни пациентов с раком молочной железы 111-б стадии (T^oM_o).

Материалы и методы исследования. В нашем исследовании рецепторы стероидных гормонов определялись как до начала лечения, так и после операции. Трепан-биопсия опухоли молочной железы проводилась в день начала предоперационного лечения иглой - трепаном. Полученного столбика ткани было достаточно для исследования рецепторного статуса опухоли и ее морфологического типа. Уровень рецепторов эстрогенов (РЭ) и прогестерона (РП) рассматривался как положительный при показателях >10 фмоль/мг белка, и как отрицательный - при <10 фмоль/мг белка соответственно.

Результаты исследования и обсуждение. Первичный рецепторный статус опухоли определялся у 568 больных МРРМЖ при выполнении трепан - биопсии, либо в операционном материале.

При сравнении рецепторного статуса до начала проведения предоперационной терапии в обеих группах. Представленные данные свидетельствуют о тенденции увеличения рецептор «-» отрицательных опухолей по обоим видам рецепторов их количество после проведенного предоперационного лечения увеличилось на 9%.

При изучении локализации метастазов в зависимости от рецепторного статуса опухоли после проведенной предоперационной терапии отмечены следующие закономерности. Наибольший процент метастазов в висцеральные органы (51,4%) отмечены при опухолях, чей гормональный статус соответствовал РЭ «-» РП «-», при этом же варианте опухолей наблюдается наименьший процент метастазов в кости (28,7%). Опухоли положительные по обоим видам рецепторов РЭ «+» РП «+», наоборот наиболее часто метастазируют в кости (44,2%).

Выводы. Казалось бы, что проведение предоперационной химио-лучевой терапии должно отразиться на дальнейшей судьбе пациентов в сторону увеличения продолжительности и качества жизни, но ее проведение ведет к росту, в среднем на 10% рецептор отрицательных опухолей (РЭ «-» РП «-»), что в последствии отражается на характере метастазирования, за счет увеличения поражения висцеральных органов, тем самым ухудшая прогноз заболевания.



Возможно планирование лечения больных МРРМЖ нужно начинать после определения рецепторного статуса опухоли, и уже в зависимости от его статуса планировать этапы лечебных мероприятий.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОПЛАЗМЫ МОДИФИЦИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ

Хрячков В.И., Андреев А.А., Степанов И.В.

Воронежский государственный университет им. Н.Н. Бурденко

Актуальность. Одонтогенный остеомиелит и связанные с ним гнойно-септические осложнения являются неотъемлемой частью повседневной работы челюстно-лицевого стационара. Однако, при частоте его встречаемости, составляющей около 10% от всех заболеваний одонтогенной природы, общепринятого комплекса лечебных мероприятий, приводящих к стойкому восстановлению всех пораженных функций нет. Связано это, в первую очередь, с разнообразной этиологией и сложным патогенезом заболевания. Снижение общей резистентности организма приводит к понижению сопротивляемости тканей ротовой полости, повышению активности патогенной микрофлоры и вирулентности условно патогенной флоры. Нарушение барьерной функции тканей приводит к проникновению инфекции в костную ткань с формированием первичного очага заболевания, в котором нарушается локальное кровообращение, возникает остеонекроз. К сожалению, даже в условиях современной медицины сложно реализовать одноступенчатый метод лечения одонтогенного остеомиелита, который бы влиял на все звенья патологического процесса. Комплексный подход, приводящий к влиянию на каждый этиологический фактор заболевания, породил множество споров и разногласий среди различных авторов.

Цель исследования: оценить динамику состояния пациентов при одонтогенном остеомиелите нижней челюсти и **Результаты** их лечения после применения модифицированного обогащенного тромбоцитами фибрина.

Материалы и методы: На базе отделения челюстно-лицевой хирургии №1 БУЗ ВО ВОКБ №1 было проведено лечение 31 пациента с диагнозом «Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти». Средний возраст больных составил $36,5 \pm 18,5$ лет. Лица женского пола составили 18 человек, мужского – 13. Объем оперативного вмешательства заключался в хирургической санации одонтогенного очага инфекции с удалением зуба находящегося в некротической полости с проведением бактериологического и морфологического исследований измененной костной ткани. Костная полость заполнялась плазмой, обогащенной тромбоцитами модифицированной антибактериальным препаратом ципрофлоксацин. На завершающем этапе рана



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ушивалась наглухо слизистой оболочкой альвеолярного отростка. У пациента, непосредственно перед проведением операции, проводили забор венозной крови пациента в объеме 10-20 мл и **Введение** в нее 0,2% раствор ципрофлоксацина в соотношении 1 мг препарата на 2 мл **Цельной** крови с последующим обогащением плазмы крови путем центрифугирования на скорости 1300 об/мин в течение 8 минут. В сформированную и санированную костную полость помещали модифицированный антибактериальным препаратом обогащенный тромбоцитами фибрин (mA-PRF). После этого проводили закрытие раны по общепринятым методикам.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациенты были госпитализированы в отделение челюстно-лицевой хирургии №1 в плановом порядке для проведения хирургического этапа лечения. Во всех случаях операция на данном остеомиелитическом очаге проводилась впервые, у 12,9% пациентов были удалены зубы, явившиеся причиной заболевания.

Средняя продолжительность лечения пациентов в стационаре составила 7 ± 2 суток. 19,3% пациентов находились в стационаре менее 7 дней, от 7 до 10 койко-дней – 54,7%; более 10 койко-дней было проведено лечение 26% пациентов ($p < 0,001$). Пациенты, проходившие стационарное лечение более 10 дней, имели соматическую патологию или очаг остеомиелитического поражения кости, который распространялся на 3 и более зубов. Для подтверждения клинического диагноза проводился комплекс лабораторно-диагностических исследований. Материал, полученный из остеомиелитического очага пациентов, подвергался патолого-анатомическому исследованию. Морфологический диагноз в у 19 больных (63,3%) имел формулировку «Хронический остеомиелит» (код по МКБ 86.6), у 11 (36,7%) – «Неуточненный остеомиелит» (код по МКБ 86.9).

При проведении инструментальных исследований (рентгенография нижней челюсти, при **Цельная** рентгенография челюсти, компьютерная томография в костном режиме) определялись очаги костной деструкции с нечеткими контурами, объемом от 10 до 27 мм в проекции верхушки корня кариозно разрушенного зуба. Помимо этого, выявлялось уменьшение объема костной плотности и появление секвестрирующих очагов. Клинический диагноз «Хронический одонтогенный остеомиелит» был верифицирован морфологически и инструментально в 100% случаев.

В большинстве случаев (71%) отмечалось выявление монокультуры, $p < 0,0001$. В данных посевах преобладали грамположительные микроорганизмы (*St. aureus*, *St. epidermitis*, *St. haemolyticus*). Золотистый стафилококк (*St. aureus*) высевался в 56,41% случаев, $p = 0,002$. *St. aureus* определялся в 102 КОЕ/мл в 7 случаях (31,90%), в 103 КОЕ/мл – в 9 случаях (40,86%), в 104 КОЕ/мл – в 6 случаях (27,24%).

Ассоциации микробных тел выделены у 9 пациентов, что составило 29% от всех исследованных, $p < 0,0001$. Комбинация микробиоты преимущественно представлена возбудителями *Staphylococcus saprophyticus* + *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis* + *Staphylococcus aureus*. Единичными случаями представлены комбинации



Enterococcus faecalis + Streptococcus pyogenes и Staphylococcus aureus + Streptococcus haemolyticus.

При изучении результатов клинического обследования получены следующие **Результаты**. Показатели красной крови на протяжении всего лечения находились в референтных значениях. Показатели белой крови требовали детального изучения. Отмечается снижение показателя СОЭ от дня госпитализации до выписки. Уровень лейкоцитов крови также снижался на протяжении всего курса лечения, доходя до своего нормального значения. Преобладание нейтрофильных форм в лейкоцитарной формуле выше их референтных значений еще до госпитализации говорит о наличии хронического очага инфекции. Отсутствие изменений других показателей в лейкоцитарной формуле только подтверждает воспалительный характер сдвига формулы.

Заключение (**Выводы**): Все исследованные пациенты поступали в плановом порядке для проведения остеонексеквестрэктомии. Между пациентами не было различий по полу и возрасту. Продолжительность стационарного лечения составила 7,9 дней. В 87,48% случаев причиной остеомиелита являлся третий моляр. В 56,41% случаев возбудителем являлся золотистый стафилококк, микробное число которого составляет 104 КОЕ/мл, что говорит об очаге хронической инфекции. Назначение препарата цiproфлоксацин системно вместе с применением плазмы обогащенной тромбоцитами с тем же антибиотиком дает положительный результат. Последний оценивался наличием снижения воспалительной реакции как системно (динамика в результатах клинического анализа крови), так и местно ответных реакций тканей на проведенное хирургическое лечение. Отсутствие рецидивов и уменьшения объема послеоперационной костной раны дает возможность использовать метод применения улучшенного антибиотиком модифицированного тромбоцитами фибрина в лечении хронического одонтогенного остеомиелита нижней челюсти.

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НОВОГО СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Худайбергенов Ш.Н., Турсунов Н.Т.
ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова»

Актуальность проблемы. Несмотря на значительный прогресс в области лечения эхинококкоза легких (ЭЛ), по-прежнему, остаются противоречивыми вопросы выбора метода хирургического вмешательства при осложненных и гигантских кистах. Также немаловажными остаются вопросы оценки поражения легкого, определение оптимальной хирургической тактики при прорвавшихся эхинококковых кистах в бронх или в плевральную полость, стратегии лечения с учетом критического анализа осложнений раннего и позднего послеоперационного периодов и качества жизни пациентов.



Цель работы: разработка способа хирургического лечения осложненного ЭЛ.

Материалы и методы. Задачей настоящих исследований явилась разработка экспериментальной модели резекции доли легкого на фоне микробной контаминации. Далее на отработанной модели провести сравнительные исследования процесса заживления после резекции доли легкого без использования покрытия (контроль) а также с использованием композитного гемостатического покрытия «HEMOBEN» с лазерной стимуляцией. Полученные

Результаты позволят разработать новый способ резекционного вмешательства при осложненном ЭЛ. Экспериментальные исследования выполнены в лаборатории экспериментальной хирургии ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова» с 2021 по 2022 гг.

Результаты. При выполнении резекции легких по типу лобэктомии практически у всех крыс имело место поступление незначительного количества воздуха через места прокола легких даже при использовании атравматических игл 4/0 и использования П-образных швов.

В контрольной группе животных в послеоперационном периоде наблюдались явления гипоксии, которая проявлялась замедленным восстановлением физической активности. При исследованиях в динамике отмечалось скопление крови в правой плевральной полости и частичное коллабирование легкого, процесс заживления затягивался до 14-21 суток.

В опытной группе животных дыхание стало проводиться сразу же после операции вследствие гемо-и аэростаза после применения Хемобен. Стимуляция лазером способствовала быстрому заживлению ран без признаков инфицирования. При эвтаназии в установленные сроки легкие полностью расправлены. Выпота и скопившейся гематомы в правой плевральной полости не выявлено.

Таким образом, применение отечественного раневого покрытия Хемобен способствует быстрой и окончательной остановке кровотечения, а также стойкому аэростазу из зоны ушитой ткани легкого и бронха. Методика использования порошка Хемобен показала, что в результате полимеризации данное средство герметизирует область культи бронха и места проколов ткани легкого. Применение лазерного излучения позволяет оказывать стимулирующий ранозаживляющий эффект даже в присутствии контаминированной патогенной микрофлоры. Проведенные экспериментальные и морфологические исследования убедительно продемонстрировали все преимущества предложенного способа, что позволило внедрить его в клиническую практику и активно применять в хирургии ЭЛ.

Далее представлены технические аспекты способа хирургического лечения гигантских инфицированных эхинококковых кист легких, который включает вскрытие фиброзной капсулы и удаление хитиновой оболочки эхинококковой кисты, обработку остаточной полости эхинококковой кисты гермицидным средством, выполнение лобэктомии (или билобэктомии, или пневмонэктомии, или краевой резекции легкого), ушивание культи бронха, лазерное воздействие и ушивание раны. При этом культю бронха ушивают



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ручным способом, для чего на мембранозный и хрящевые края культи бронха накладывают отдельные восьмиобразные узловые швы атравматическим монофиламентным рассасывающимся шовным материалом 3/0 в следующем порядке: одну петлю шва накладывают на боковую стенку культи бронха, а вторую на верхние края культи бронха, между этими швами аналогичным шовным материалом накладывают 2-3 восьмиобразных узловых шва на расстоянии 4-5 мм между швами, лазерное воздействие включает обработку культи бронха лазером Матрикс с длиной волны 365-400 нм при плотности мощности 3мВт/см² в течение 1 минуты, после чего на рану легкого и культю бронха наносят порошкообразную композицию Хемобен в количестве 60 мг на 4 см², далее операцию завершают в общепринятом порядке.

Вывод. Для практической торакальной хирургии предложен способ хирургического лечения гигантских инфицированных эхинококковых кист легких, который заключается в выполнении анатомической резекции легкого с ушиванием культи бронха ручным способом по предложенной схеме с последующим локальным лазерным воздействием и нанесением на раневую поверхность легкого и культю бронха порошкообразной композиции Хемобен.

Данный способ характеризуется тем, что наложение отдельных восьмиобразных швов на культю бронха в отличие от аппаратного шва может применяться при короткой культе бронха, что исключает избыточное сдавление и нарушение трофики в инфицированной, отечной стенке культи бронха, а в отличие от простого узлового или непрерывного шва обеспечивает лучшую герметизацию, меньшую травматизацию и снижение риска развития несостоятельности швов. Лазерное излучение в спектре 365-400 нм способствует ускорению заживления раны, а также оказывает антимикробный эффект вследствие усиления локального иммунитета. Порошок НЕМОБЕН при нанесении в зону резекции адгезируется к раневой поверхности, образует полупрозрачную пленку, которая обеспечивает дополнительную герметизацию культи бронха, предупреждает проникновение микрофлоры в зону ушитой культи бронха, обеспечивает гемо и лимфостаз.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Худайбергенов Ш.Н., Турсунов Н.Т.

ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова»

Актуальность проблемы. Хирургия эхинококкоза легких (ЭЛ) относится к остроактуальной проблеме, ввиду частого осложненного течения заболевания и сохраняющейся высокой доле послеоперационных осложнений. Развитие гигантского или осложненного ЭЛ сопряжено с дополнительными рисками при его хирургическом лечении, связанными с контаминацией и разрушением легочной ткани. При этом



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



выполнение органосохраняющих операций нередко обуславливает высокий риск развития осложнений со стороны остаточной полости. С другой стороны, выполнение резекционных вмешательств может привести как к потере здоровой паренхимы, так и к развитию несостоятельности культи бронха или других осложнений, связанных с прогрессированием инфекционно-воспалительного процесса на здоровых участках легкого, исходно прилегавших к осложненной кисте.

Цель работы: оценка эффективности предложенного способа хирургического лечения осложненного ЭЛ.

Материалы и методы исследований. Исследование проведено за период с 2010 по апрель 2023 года. В исследование включено всего 366 больных с ЭЛ. Согласно поставленной цели, все пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу включено 84 пациента, которым за период с 2021 по 2023 гг были выполнены резекционные операции при ЭЛ с применением предложенного способа, который включал как технические аспекты новизны, так и дополнение операции физическими методами воздействия в виде лазерного облучения зоны оперативного вмешательства и применения отечественного гемостатического средства Хемобен. В группу сравнения было включено две подгруппы. В первую подгруппу вошли 157 пациентов, у которых выполнены органосохраняющие операции - эхинококкэктомия с ушиванием остаточной полости. Во вторую подгруппу включено 125 пациентов, которым выполнялись резекционные вмешательства (лобэктомии - 118 или билобэктомии - 7) по традиционной методике. В основной группе лобэктомии выполнены 78, а билобэктомии 6 больным.

Результаты. Предложенный способ ушивания культи бронха в совокупности с применением гемостатического средства Хемобен и лазерным воздействием при выполнении резекционных вмешательств у пациентов с ЭЛ позволил сократить частоту развития послеоперационных осложнений с 26,8% при органосохраняющих операциях (у 42 из 157 пациентов в первой подгруппе группы сравнения; $\chi^2=15,080$; $df=1$; $p<0,001$) и 20,0% при традиционных резекционных операциях (у 25 из 125 пациентов во второй подгруппе группы сравнения; $\chi^2=8,064$; $df=1$; $p=0,005$) до 6,0% (у 5 из 84 пациентов в основной группе), при этом исключается риск развития осложнений со стороны остаточной полости (5,7% - 9 пациентов после органосохраняющих операций), а также снижается вероятность несостоятельности культи бронха с 5,6% (7 пациентов во второй подгруппе группы сравнения) до 1,2% (1 пациент в основной группе), а также геморрагических осложнений с 6,4% (10 пациентов в первой подгруппе группы сравнения) и 2,4% (3 пациента во второй подгруппе группы сравнения) до 1,2% (1 пациент в основной группе). Предложенные тактико-технические аспекты при хирургическом лечении ЭЛ позволили сократить сроки дренирования плевральной полости с $4,5\pm 3,6$ суток после органосохраняющих операций ($t=4,57$; $p<0,05$) и $4,2\pm 3,5$ суток после резекционных вмешательств ($t=3,67$; $p<0,05$) до $2,9\pm 1,6$ суток в основной группе, а также длительность послеоперационного госпитального этапа с $10,0\pm 3,9$ суток ($t=4,24$; $p<0,05$) и $9,8\pm 3,4$ суток ($t=3,82$; $p<0,05$) до $8,2\pm 2,6$ суток. Улучшение течения периода ранней послеоперационной



реабилитации позволило добиться увеличение доли хороших ближайших результатов в основной группе с 73,2% (115 из 157 пациентов в группе сравнения с органосохраняющими операциями) и с 80,0% (100 из 125 пациентов в группе сравнения с резекционными операциями) до 94,0% (у 79 из 84 пациентов), а также нивелировать риск развития неудовлетворительных результатов, связанных с развитием осложнений со стороны остаточной полости с 5,7% (у 9 пациентов) после органосохраняющих операций; $\chi^2=14,095$; $df=2$; $p<0,001$) и со стороны культи бронха с 3,2% (у 4 пациентов после резекционных вмешательств, которым выполнены повторные открытые операции; $\chi^2=4,069$; $df=1$; $p=0,044$).

Выводы. Предложенный способ ушивания культи бронха в совокупности с применением гемостатического средства Хемобен и лазерным воздействием при выполнении резекционных вмешательств у пациентов с ЭЛ позволил сократить частоту развития послеоперационных осложнений с 26,8% при органосохраняющих операциях ($p<0,001$) и 20,0% при традиционных резекционных операциях ($p=0,005$) до 6,0%, при этом исключался риск развития осложнений со стороны остаточной полости (5,7%), а также снижалась вероятность несостоятельности культи бронха с 5,6% до 1,2% и геморрагических осложнений с 6,4% и 2,4% до 1,2%.

Улучшение течения периода ранней послеоперационной реабилитации позволило добиться увеличение доли хороших ближайших результатов с 73,2% (после органосохраняющих операций) и 80,0% (после резекционных вмешательств) до 94,0% (в основной группе), а также нивелировать риск развития неудовлетворительных результатов, связанных с развитием осложнений со стороны остаточной полости (5,7% после органосохраняющих операций; $p<0,001$) и со стороны культи бронха (3,2% после резекционных вмешательств; $p=0,044$).

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ А-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

Хужамбердиев У.Э.

Кафедра хирургии и урологии

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время имеются доказательства объективной эффективности лечения аденомы простаты α -адреноблокаторы. Препараты данной фармакологической группы применяются при лечении пациентов с легкими или умеренными симптомами аденомы простаты, кроме того, их можно назначать в период хирургической практики, а также пациентам, которым хирургическое вмешательство противопоказано или когда пациент отказывается от хирургического лечения.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



В результате мы можем ожидать увеличения числа потенциальных пациентов, страдающих гиперплазией предстательной железы. В связи с этим диагностика и лечение аденомы простаты является не только серьезной медицинской, но и серьезной социальной проблемой.

В этой статье мы поговорим о решении актуальной проблемы, упомянутой выше.

Цель исследования. Повысить эффективность и безопасность применения α_1 -адреноблокаторов у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Материалы и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе результатов наблюдения, диагностики и лечения 60 больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, получавших различные α_1 -адреноблокаторы (теразозин, альфузозин, тамсулозин).

Результаты исследования. Клиническая эффективность наиболее часто применяемых α_1 -адреноблокаторов (тамсулозин, альфузозин, теразозин) в отношении симптомов нарушенного мочеиспускания и основных уродинамических показателей практически идентична.

Симптоматический эффект после прекращения приема α_1 -адреноблокаторов может сохраняться на протяжении до 2-х месяцев. После прекращения приема α_1 -адреноблокаторов наиболее быстро происходит возврат симптомов накопления и объективных параметров: максимальной

скорости потока мочи, объема остаточной мочи. К концу 1-го месяца после отмены лечения ? показатели суммарного балла выраженности симптомов и симптомов опорожнения сохраняются - на уровне 50 - 60% от исходных значений.

В условиях реальной клинической практики России больные доброкачественной гиперплазией предстательной железы при решении вопроса о выборе метода лечения обследуются недостаточно: международную шкалу оценки симптомов при заболеваниях простаты (IP88) и индекс качества жизни (ООБ) используют 81% врачей, измерение объема остаточной мочи ультразвуковым методом - 60%, урофлоуметрию — только 37%.

В условиях повседневной клинической практики применения титруемых α_1 -адреноблокаторов (теразозин) большинство пациентов (67%) получают низкие дозы препарата (2 мг/сутки). В то же время, у больных с изначально небольшими нарушениями мочеиспускания, применение даже малых доз теразозина способно существенно улучшить симптомы, показатели мочеиспускания и качество жизни.

Нетитруемые α_1 -адреноблокаторы (тамсулозин) могут быть использованы в функциональных прогностических тестах оценки эффективности лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Последовательное назначение вазоактивных и вазонеактивных α_1 -адреноблокаторов (и наоборот) не влияет на профиль безопасности препаратов и не приводит к увеличению частоты возникновения побочных эффектов.



Согласно данным суточного мониторинга, по влиянию на индекс времени нагрузки давлением, исследуемые препараты можно разместить в следующей последовательности: terazozin > альфузозин > тамсулозин.

Применение α_1 -адреноблокаторов безопасно у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы с отягощенным соматическим статусом, в связи с отсутствием клинически значимых системных побочных эффектов, а также взаимодействия указанных препаратов с основными видами современных гипотензивных средств.

Вывод. Каждая из рассмотренных групп препаратов для лечения ДГПЖ имеет свои достоинства и недостатки. Ингибиторы 5- α -редуктазы действуют медленно, но оказывают стойкий эффект, уменьшая органический компонент инфравезикальной обструкции. α -адреноблокаторы, напротив, оказывают быстрый эффект и воздействуют на динамический компонент обструкции.

Таким образом, эти препараты отлично дополняют друг друга и, что немаловажно, являются фармакологически совместимыми. При хорошей комплаентности долгосрочная терапия комбинацией ингибиторов 5- α -редуктазы и α -адреноблокаторов позволяет избежать необходимости оперативного вмешательства, а значит ассоциированной с ним потери трудоспособности на определённый срок и риска развития осложнений.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ А-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

Хужамбердиев У.Э.

Кафедра хирургии и урологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Согласно литературным данным, симптомы доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП) обнаруживаются почти у половины мужчин, достигших 60 лет.

О симптоматической ДГП, или о доброкачественной гиперплазии простаты, как о заболевании следует говорить только тогда, когда отмечается сочетание увеличения предстательной железы с симптомами нарушения мочеиспускания и объективными признаками инфравезикальной обструкции.

Современная стратегия лечения ДГП принимает во внимание не только эффективность того или иного способа лечения, но и потенциальные осложнения. Так, растительные экстракты, широко применяющиеся в нашей стране ввиду их доступности, дают низкий процент осложнений, но при низкой эффективности.

Открытое оперативное вмешательство или трансуретральная резекция простаты — процедуры, обладающие наибольшей эффективностью, но имеющие высокий процент



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



осложнений. Золотую середину в соотношении эффективности лечения и риска развития побочных реакций занимают α -адреноблокаторы.

В мировом урологическом сообществе постоянно обсуждаются и ежегодно корректируются показания к тому или иному методу, в том числе и к фармакотерапии. При планировании медикаментозной терапии необходимо определить срок проводимого лечения: пожизненный прием препаратов в качестве основного метода лечения заболевания или краткий курс с **Целью** подготовки пациента к оперативному вмешательству.

Препараты из группы блокаторов α 1-адренорецепторов – важный элемент медикаментозной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы [3,5]. Накопленный опыт клинических и фундаментальных исследований красноречиво свидетельствует о роли нарушений симпатической регуляции в патогенезе этого заболевания.

Цель исследования. Повысить эффективность и безопасность применения α 1-адреноблокаторов у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Материалы и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе результатов наблюдения, диагностики и лечения 60 больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, получавших различные α 1-адреноблокаторы (теразозин, альфузозин, тамсулозин).

Результаты исследования. Симптоматический эффект после прекращения приема α 1-адреноблокаторов может сохраняться на протяжении до 2-х месяцев. После прекращения приема α 1-адреноблокаторов наиболее быстро происходит возврат симптомов накопления и объективных параметров: максимальной скорости потока мочи, объема остаточной мочи. К концу 1-го месяца после отмены лечения? показатели суммарного балла выраженности симптомов и симптомов опорожнения сохраняются - на уровне 50 - 60% от исходных значений.

В условиях реальной клинической практики России больные доброкачественной гиперплазией предстательной железы при решении вопроса о выборе метода лечения обследуются недостаточно: международную шкалу оценки симптомов при заболеваниях простаты (IP88) и индекс качества жизни (ООБ) используют 81% врачей, измерение объема остаточной мочи ультразвуковым методом - 60%, урофлоуметрию — только 37%. В условиях повседневной клинической практики применения титруемых α 1-адреноблокаторов (теразозин) большинство пациентов (67%) получают низкие дозы препарата (2 мг/сутки). В то же время, у больных с изначально небольшими нарушениями мочеиспускания, применение даже малых доз теразозина способно существенно улучшить симптомы, показатели мочеиспускания и качество жизни.

Вывод. Таким образом, эти препараты отлично дополняют друг друга и, что немаловажно, являются фармакологически совместимыми. При хорошей комплаентности долгосрочная терапия комбинацией ингибиторов 5- α -редуктазы и α -адреноблокаторов позволяет избежать необходимости оперативного вмешательства, а значит



ассоциированной с ним потери трудоспособности на определённый срок и риска развития осложнений.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРТРОФИИ НОСОГЛОТОЧНЫХ МИНДАЛИН

Хусанов Ш.Р., Касимов К.К.

Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. По данным литературы, аденоиды наблюдаются одинаково часто от (3 до 45%) как у девочек, так и у мальчиков.

Существуют несколько концепций хирургического лечения гипертрофии глоточной миндалины. Каждая из них имеет свои преимущества и недостатки. Врачу необходимо хорошо ориентироваться в современных методах аденотомий, индивидуально подходить к формированию плана лечения каждого пациента для предупреждения операционных осложнений и рецидивов заболевания.

Гипертрофия глоточной миндалины (аденоидов) наиболее распространенное заболевание детского возраста. В первые годы жизни (дошкольный и ранний школьный периоды) лидирующее положение среди заболеваний ЛОР-органов у детей занимают патологические изменения аденоидных вегетаций. Прослеживается отчетливая тенденция к росту данной патологии.

Цель исследования. Установление значимых, управляемых факторов патогенеза различных форм гипертрофии миндалин лимфоидного глоточного кольца и лимфоидной гипертрофии у детей раннего и дошкольного возраста, ассоциированных с конституциональными особенностями локальной и системной иммунной регуляции и микроэкологией глоточного биотопа детей и их матерей.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали и обследовали 67 детей с гипертрофией носоглотки для выполнения этой задачи.

Результаты исследования. Разработан комплексный подход к оценке врожденного иммунитета слизистой оболочки полости носа у детей, основанный на определении экспрессии генов распознающих рецепторов врожденного иммунитета ТЫИ2, ТЫ14, ТЫЯ9, противомикробных пептидов (НВ01, НВЭ2, НЫР1) и цитокинов (ФНО, ИЛ-18, ИЛ-10), осуществляющих иммунную защиту. Показатели врожденного иммунитета слизистой оболочки полости носа здоровых детей не отличаются от показателей пациентов с гипертрофией аденоидных вегетаций, которым показано консервативное лечение.

Выявлен дисбаланс в механизмах защиты слизистой оболочки полости носа у детей, которым показана аденотомия под эндоскопическим контролем: резкое увеличение экспрессии генов распознающих рецепторов Т1Л2, ТЫЯ4 сочетается со сниженной



экспрессией генов эффекторных молекул противомикробных пептидов. Выявленный дисбаланс может быть одной из причин гипертрофии лимфоидной ткани.

Определение показателей врожденного иммунитета из биологического материала (соскобов), полученных со слизистой полости носа, является доступным и неинвазивным методом, отражающим состояние врожденных механизмов защиты на уровне лимфоидной ткани носоглотки.

У детей с рецидивом аденоидных вегетаций в 100% случаев определяется экспрессия гена ФНО α и ИЛ-18, и лишь в 50% случаев -экспрессируется противовоспалительный цитокин ИЛ-10. Данные показатели могут служить одним из прогностических критериев развития рецидива аденоидных вегетаций.

На основе полученных результатов обоснован дифференцированный подход к хирургическому и консервативному лечению детей раннего и дошкольного возраста с гипертрофией миндалин лимфоидного глоточного кольца, с рецидивирующими острыми респираторными инфекциями и с проявлениями аллергии.

Генетическими, бактериологическими и иммунологическими исследованиями подтверждена правомочность разделения гипертрофии миндалин лимфоидного глоточного кольца на три клинических варианта, связанных со степенью выраженности лимфопролиферативного синдрома иммунной недостаточности.

Вывод. Разработан алгоритм проведения персонализированной иммунотерапии в комплексном лечении гипертрофии аденоидных вегетаций у детей, основанный на применении аутологичных регуляторных иммунопептидов в виде назальных капель. Показана клиническая эффективность метода, проявляющаяся в снижении частоты развития острых средних отитов и профилактики ОРВИ в течение 6-ти месяцев после лечения.

Таким образом, существует несколько концепций хирургического лечения гипертрофии глоточной миндалины. Каждая из них имеет свои преимущества и недостатки. Врачу необходимо хорошо ориентироваться в современных методах аденотомий, индивидуально подходить к формированию плана лечения каждого пациента для предупреждения операционных осложнений и рецидивов заболевания.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чартаков А.К., Чартакова Х.Х. Чартаков К.

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность проблемы. Сахарный диабет (СД) и аутоиммунные заболевания щитовидной железы встречаются часто, и за последние годы стало появляться больше работ по сочетанию указанных эндокринопатий, однако данные различны. Е.С. Крутиковым и соавт. (2013) показано, что у больных СД 2-го типа патология щитовидной железы встречается в 61,3% случаев, при этом среди больных СД 2-го типа нарушения



функционального состояния щитовидной железы отмечается в 24,2% случаев, а сочетание СД 2-го и гипотиреоза выявляется в 19,4% случаев. По данным других авторов (И.И. Дубинина, С.В. Берснева, 2014), сочетание СД 2-го типа и первичного гипотиреоза отмечается в 5-6,9% случаев, при этом гипотиреоз может предшествовать СД. Развиваться с ним одновременно или появиться на фоне уже существующего диабета. Известно, что гормональные расстройства метаболизма при диабете и гипотиреозе приводят к состоянию взаимного отягощения, являются источником аддитивных воздействий на дислипидемию, атерогенез и ожирение).

Таким образом, в любом случае уже имеющегося СД 2-го типа (или гипотиреоз предшествовал диабету) сопутствующие эндокринные патологии «накладывают» свой отпечаток на функциональное состояние органов и сосудов. При наличии сахарного диабета гипотиреоз может длительно не распознаваться, протекая латентно.

ВОПРОС У ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Чартаков А.К

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы - изучить влияние ряда клинических факторов уровня среднего артериального давления (АД), продолжительности артериальной гипертензии (АГ) до выявления СД, возраста дебюта сахарного диабета (СД), пола, наличия ИБС - на развитие диабетической нефропатии (ДН) у больных СД 2 типа поздних возрастов.

Материалы и методы. Обследовано 56 больных СД 2 в возрасте от 60 до 80 лет, находившихся в специализированном гериатрическом и общетерапевтическом стационарах. Из них 31 женщина и 25 мужчин. Продолжительность СД от 1 г. до 32 лет, в среднем $16,6 \pm 5,1$ г. в качестве сахароснижающей терапии 36 пациентов получали пероральные гипогликемизирующие препараты, 20 инсулин. Все пациенты страдали АГ, однако лишь 5 человек регулярно принимали антигипертензивные препараты. Наличие и стадию ДН оценивали по величине суточной уринарной экскреции альбуминов, СКФ по Cockcroft-Gault, содержанию креатинина и мочевины в сыворотке крови. Сравнительный статистический анализ проводился между группами больных с наличием (29 пациентов) и отсутствием (27 человек) ДН по t-критерию с помощью метода стандартизации и рангового метода корреляции.

Результаты и заключение. В группе больных с ДН более высокий уровень среднего АД (122 против 108 мм рт. ст*); большая длительность АГ до момента диагностирования СД ($12,3 \pm 5,7$ против $9,4 \pm 4,7^*$); более молодой возраст дебюта СД ($41 \pm 6,8$ против $47 \pm 9,31$); большая доля лиц мужского пола ($15/29$ против $10/27^*$), одинаковая частота



встречаемости ИБС по сравнению со второй группой (27/29 и 24 из 27). При этом «*» обозначает достоверность различий.

Таким образом, у лиц старших возрастов, страдающих СД 2. уровень среднего АД, продолжительность АГ по выявлению СД, возраст дебюта СД, мужской пол служат факторами риска развития ДН, в то же время ИБС не является таким фактором. Следовательно, АГ у пациентов с СД 2 поздних возрастов требует тщательной постоянной терапии в целях отсрочивания ДН.

ФАКТОРЫ РИСКА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА СИСТЕМНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Шаисламова Н.А., Мусаджанова Л.Х., Азимова Н.З., Рахимходжаева Ш.А., Ганиева Н.С.
РЦПК и СМ и ФР, Узбекистан, Ташкент.**

Цель исследования. Бронхиальная астма (БА), являясь заболеванием, дебютирующим, преимущественно, в молодом возрасте, с высокой частотой распространения среди женщин репродуктивного возраста, представляет собой серьезную проблему здравоохранения во всем мире. Представляет интерес изучение состояния новорожденных у пациенток с БА в зависимости от тяжести течения заболевания и уровня контроля в гестационном периоде.

Цель исследования – изучить состояние новорожденных, родившихся у матерей с тяжелой БА и отсутствием контроля заболевания во время беременности, в том числе, на фоне приема системных глюкокортикостероидов (СГКС) среди населения Алмазарского района г. Ташкента на территории семейной поликлиники №16.

Материалы и методы. Изучено клинико-функциональное состояние 38 больных тяжелой БА в динамике беременности и состояние здоровья их новорожденных (I группа). Группу сравнения составили 30 детей от матерей без хронических бронхолегочных заболеваний (II группа).

Результаты. У преобладающего большинства пациенток отсутствовал контроль над БА во время беременности (78,9%), отмечено утяжеление заболевания в периоде гестации. В одном случае отмечена антенатальная гибель плода при сроке беременности 22 недели у пациентки с обострением БА. У матерей, получавших СГКС, новорожденные имели более низкие массо-ростовые показатели, средняя масса тела у них составила 3101 ± 110 г, тогда как в группе сравнения – 3532 ± 112 г ($p < 0,05$), длина – $51,1 \pm 0,9$ см, во II группе – $52,3 \pm 0,7$ см. Отмечено большее количество патологических состояний, среди которых чаще наблюдалась недоношенность по сравнению со всеми детьми, соответственно, 23,7% в I группе и 10% – во II, кесарево сечение – 65,8% при БА, тогда как во II группе – 36,7%, более тяжелое состояние при рождении, в связи с чем



реанимационные мероприятия проведены в 44,7% случаев в I группе. Дисгармоничное развитие в 1,3 раза чаще отмечалось у новорожденных, матери которых получали СГКС (преднизолон). При приеме ингаляционных ГКС во время беременности такой закономерности не отмечалось. У детей I группы преобладающими были: церебральная ишемия – у 83,3% (во II группе – 28,6%), внутриутробная инфекция – 66,7% (во II группе – 43,3%), более частое развитие задержки внутриутробного развития плода – 54,4% в I группе и 10% – во II группе. Более чем половина новорожденных I группы (60%) переведена из роддома на дальнейшую реабилитацию в детскую больницу.

Выводы. Достижение оптимального контроля БА в период беременности, являясь приоритетным направлением в терапии, позволит улучшить состояние здоровья потомства

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В АНАМНЕЗЕ

Шаматкова С.В.¹, Киреева О.К.², Иванова Е.В.³, Арзамазова К.В.¹

¹ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск, Россия Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

²ОГБУЗ «Смоленский областной институт патологии» Отделение клинической патологии № 1

³ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленск

В структуре острого нарушения брыжеечного кровообращения доля ишемии кишечника колеблется от 5 до 15%. Современный хирургический диагностический алгоритм существенно повлиял на частоту ее диагностики. Среди всех форм висцеральных тромбозов на долю брыжеечных тромбозов приходится от 9 до 44%. В большинстве наблюдений имеет место сочетание тромбоза по нескольким висцеральным ветвям артерий и вен.

Патогенез развития новой коронавирусной инфекции вызванной коронавирусом SARS-CoV-2 подтверждает формирование в сосудах плотных сгустков крови с последующей тромбозомболией. Точный риск тромбоза при коронавирусе определить сложно, многое зависит от исходного состояния человека. У 16-30% госпитализированных врачи диагностируют тромбы в артериях или венах. Во время пандемии в хирургические отделения поступали пациенты с коронавирусной инфекцией, отягощенной тромбозом брыжеечных сосудов.

Цель исследования – клиничко-патологоанатомический анализ отдаленных последствий мезентериального тромбоза на фоне перенесенной ранее новой



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



коронавирусной инфекции COVID-19 у пациентов, поступивших в хирургическое отделение.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ регистрируемых нозологических форм среди пациентов, поступивших на госпитализацию в хирургическое отделение, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в период 2020-2023 годы (в ряде случаев – неоднократно, в интервале 2 месяцев - 1 год). Всего проанализировано 10 случаев подтвержденных COVID-19 в анамнезе. В анализируемый период количество умерших женщин и мужчин не имеет статистически достоверной разницы. Значительная часть погибших находилась в возрасте 65-86 лет. В ходе исследования использовался аутопсийный материал, представленный тканями различных органов.

Результаты исследования: По результатам нашего исследования частота острой окклюзии верхней брыжеечной артерии в 1,5 раза выше, что не противоречит литературным данным. У пациентов старше 75 лет острое нарушение мезентериального кровообращения является более распространенной причиной острого живота, чем острый аппендицит. В зависимости от тактики лечения летальность варьирует в пределах 60–97%. По данным компьютерной томографии, у больных выявлено значимое поражение верхней брыжеечной артерии и ее ветвей с признаками изменения стенки кишки (утолщение и слоистость, наличие газа в стенке кишки), наличие газа в портальной и верхнебрыжеечной венозной системе. УЗИ признаки наличия свободной жидкости в брюшной полости в незначительном количестве. Основной задачей лечения являлось скорейшее восстановление проходимости верхней брыжеечной артерии и ее ветвей с последующей резекцией некротизированного участка на фоне лечения пневмонии коронавирусной этиологии. При первичной госпитализации была выполнена лапаротомия, ревизия, резекция участка тощей кишки, резекция участка подвздошной кишки, илеостома, асцендостома, в одном случае – гемиколэктомия; дренирование брюшной полости. В случае повторной госпитализации выполнялось расширение зоны резекции, интубация проксимальных отделов тонкой кишки с **Целью профилактики**

повышения интралюминарного давления, вздутия кишечных петель, спазма интрамуральных сосудов и открытия артериоловеноулярных шунтов. После реваскуляризации ишемического участка кишки контролировали функцию почек, выполнялась борьба с эндотоксикозом и тяжелыми метаболическими нарушениями.

При патологоанатомическом исследовании: стенки верхней, нижней брыжеечных артерий, чревного ствола утолщены, плотной консистенции. Интима сосудов серо-жёлтого цвета с выступающими в просвет множественными светло-жёлтыми пятнами, полосами, серо-белыми фиброзными, очагово-изъязвленными, атеросклеротическими бляшками плотно-эластичной и крошковидной консистенции протяженностью до 0,7 см, повторяющие контуры сосуда, плотно прикрепленные к его стенке, перекрывающими просветы сосудов до 80%. В нескольких случаях признаки склеротических изменений и других ветвей (в почечных артериях очагово сужены просветы до 15-20%, стенки



подвздошных и бедренных артерий умеренно уплотнённой консистенции, с наличием серо-жёлтых пятен и полосок, серо-белых фиброзных атеросклеротических бляшек, местами суживающих просветы до 30%). В просветах глубоких вен – небольшое количество тёмно – вишнёвых (тромботических) масс с тусклой поверхностью, частично связанных с сосудистой интимой; вены проходимы более чем на 50%.

При гистологическом исследовании обращают на себя внимание стазы и сладжи в сосудах среднего калибра и микроциркуляторного русла внутренних органов. В легких очаги микроабсцедирования, ателектазов и дистелектазов, пневмосклероза. В некоторых случаях в миокарде наблюдался очаговый продуктивный межочечный миокардит, разрастание межмышечной соединительной ткани с формированием небольших полей фиброза с очаговой лимфо- моноцитарной инфильтрацией. В срезах ткани почек – острое венозное полнокровие, в межканальцевой строме – очаговое разрастание соединительнотканых волокон с лимфогистиоцитарной воспалительной инфильтрацией разной выраженности, с множественными стазируемыми капиллярами. В участках поврежденной кишки – определялись обширные кровоизлияния с участками имбибиции кровью и некроз стенки, что подтверждает гипоксический характер повреждения кишки, вызванный окклюзией мезентериальных сосудов.

Во всех случаях исследования смерть больных была связана с нарастающей интоксикацией. Непосредственная причина смерти имеет сложный генез, обусловлена нарастающей сердечно-легочной недостаточностью, инфекционно-токсическим шоком на фоне присоединения вторичной бактериальной лёгочной инфекции и развития перитонита.

Выявлена тенденция к увеличению среднего числа лейкоцитов. На фоне гемоделиции и гемолиза – тенденция к снижению эритроцитов. Выявлены были нарушения микроциркуляции в тканях при анализе газового состава крови. Средний уровень парциального давления кислорода в венозной крови снижался к 6-8 суткам после операции, далее к 10-12-м суткам повышался. Падали значения показателей АД и ЧСС.

Вывод: Традиционно при окклюзии первого сегмента верхней брыжеечной артерии выполняют интраоперационную ревизию и восстановление кровотока с резекцией некротизированного участка кишки и последующим повторным вмешательством для окончательного определения границ резекции и наложения анастомоза. При поражении второго и третьего сегментов верхней брыжеечной артерии и ее дистальных ветвей делают только резекцию кишки. Эта тактика обусловлена меньшим по отношению к первому сегменту объемом поражения тонкой кишки и достаточно мелким калибром сосудов для выполнения традиционной. Среди причин тромбоза при коронавирусе наиболее важна реакция организма на вирусную атаку. Системными причинами заболевания могут быть различные тромбофилические состояния и коагулопатии. По результатам исследования можно сделать **Вывод**, что в случае развития тромбоза на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19 у пациентов наблюдается полиорганная недостаточность, значительно усугубляющая течение послеоперационного периода.



ЗНАЧЕНИЕ БИОМАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Исмоилова Ш.С., Шамсиев Б.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Врожденная пневмония является одной из основных причин высокой заболеваемости и смертности новорожденных. Частота врожденных пневмоний составляет около 1% среди доношенных и около 10% у недоношенных детей и является причиной 10–38% случаев летальных исходов новорожденных. Старт клинических проявлений врожденной пневмонии зависит от периода действия инфекционного агента (внутриутробно, интранатально), а также от таксономических особенностей возбудителей. В последние годы многие исследователи подчеркивают высокую диагностическую значимость определения уровня С-реактивного белка и цитокинов в сыворотке крови как одного из биомаркеров системного воспалительного ответа.

Цель исследования: изучить особенности С-реактивного белка и цитокинового статуса у новорожденных детей с врожденной пневмонией.

Материалы и методы. В основу исследования положены **Результаты** проспективного обследования 35 новорожденных с подтвержденной врожденной пневмонией (ВП), находившихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТ) и выхаживания маловесных новорожденных в Перинатальном Центре Сурхандарьинской области - г. Термез. В процессе выполнения работы использованы общеклинические и лабораторные методы исследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования. Оценка клинических признаков, отражающих состояние новорожденного при рождении, выявил влияние асфиксии (оцененной по шкале Апгар) на формирование дыхательных расстройств у новорожденных в группе наблюдения.

Результаты анализа показали, что у детей была диагностирована тяжелая асфиксия с низкой оценкой по шкале Апгар на 1-й у 51,4% и на 5-й минуте жизни у 48,6%, остальные младенцы родились в среднетяжелой асфиксии. У новорожденных с ВП реакция при осмотре чаще проявлялась беспокойством 62,9%, чем вялостью 37,1%. Гипертермия наблюдалась у 40,0% новорожденных. В 65,7% наблюдали ослабление физиологических рефлексов. На фоне этого появляется одышка с участием дополнительных мышц в этом. Кожные покровы у обследованных новорожденных были бледными в 22,9% случаев. У большинства детей отмечался акроцианоз 77,3%, реже – центральный цианоз 25,7%. У новорожденных отмечалось ослабленное дыхание 74,3%. У большинства детей отсутствовал сосательный рефлекс 60,0%.

Исследование С-реактивного белка рассматривается как достоверный тест воспаления при бактериальных заболеваниях.

Результаты анализа исследования уровня С-



реактивного белка у новорожденных детей с врожденной пневмонией показало достоверное повышение этого показателя по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). Среди маркеров воспаления, активно изучаемых в последние годы, привлекают внимание цитокины. Анализ полученных данных цитокинового статуса у новорожденных детей с врожденной пневмонией показало, что уровень ИЛ-1 β достоверно повысился по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). Также отмечалось достоверное повышение уровня ИЛ-6 по сравнению с нормой ($p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, полученные данные проспективного анализа говорит об активности воспалительного процесса у новорожденных детей с врожденной пневмонией. Оценка биомаркёров воспаления С-реактивного белка и цитокинов является информативным показателем и их повышение подтверждают бактериальную природу патологического процесса. Гиперпродукция цитокинов свидетельствует о серьезных нарушениях в работе всех звеньев иммунной системы, угнетении неспецифической защиты, требующих соответствующей коррекции.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ И ДИЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЗЕРНОВОЙ ПРОДУКЦИИ СОРГО ПО АМИНОКИСЛОТНОМУ СОСТАВУ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Шамуратова Н.Ш, Рузимов Х.И, Рузметова Д.А.

**Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр**

В научной литературе имеются многочисленные исследования посвященные применению сорго только в качестве кормовой культура и отсутствуют исследования посвященные применению данной продукции в диетологии и изучению биологической ценности местных сортов.

Целью исследований явилось оценка аминокислотного состава местных сортов «Джугары» и его биологической ценности.

Каждую пробу семян брали отдельными составными частями из разных мест образца в 3-4 приема. Отобранные семена осторожно дробили в ступке, затем переносили в предварительно высушенные и взвешенные бюксы и, закрыв крышками, взвешивали на аналитических весах. Высушивание проб семян производили в сушильном шкафу при 100-105 $^{\circ}$ C в течение 4-х часов. По истечении указанного времени бюксы с навесками быстро вынимали из шкафа, закрывали крышками и помещали в эксикатор на 10-15 мин. Охлажденные и взвешенные бюксы снова помещали в сушильный шкаф на 30 мин, затем вынимали, охлаждали и взвешивали. Так повторяли до достижения постоянного веса. Постоянный вес считался достигнутым в том случае, когда разница между взвешиваниями не превышала 0.001 г. Определение содержания белка в семенах проводили стандартным методом. В работе использованы кофемолка, аналитические весы (0,0001),



фильтровальная бумага, коническая воронка, ФЭК, натрий едкий, сигнетовая соль, реактив Несслера, дистиллированная вода.

Наибольшую концентрацию из аминокислот составляет глутаминовая кислота в объеме $14,7823 \pm 0,03021$ мг\г белка в зерне Воздействуя и стимулируя нервную систему, глутаминовая кислота качественно влияет на обмен веществ. Кроме того, без ее участия невозможен синтез других аминокислот, так что можно сказать, что большая часть клеток нашего тела так или иначе построена с участием именно глутаминовой кислоты.

Наибольшую ценность для организма представляет высокое содержание незаменимых аминокислот метионина в объеме $9,051139 \pm 0,0234$ и лейцин в объеме $6,8521 \pm 0,0245$ мг\г, так называемых липотропных веществ.

Метионин играет важную роль в нормализации процессов метилирования и трансметилирования, протекающих в организме. Эти липотропные аминокислоты участвуют в восстановлении фосфолипидных мембран гепатоцитов и оказывают гепатопротективное действие при хронических заболеваниях печени. Установлена связь метионина с обменом витамина B12 и фолиевой кислоты; последние стимулируют отделение метильных групп метионина, обеспечивая синтез холина в организме, это очень важно для нормализации липидного обмена при хроническом заболевании печени, ожирении и метаболическом синдроме.

Выводы:

1. Зерно сорго сорта «Джугары» используемое в питании местного населения Узбекистана обладает содержанием высокоценного белка в объеме $8,56 \pm 0,05$ г на 100 г зерна

2. **Результаты** исследования аминокислотного состава зерна сорго сорта «Джугары» показывает его профилактические и диетические свойства благодаря высокому содержанию незаменимых аминокислот метионина в объеме $9,051139 \pm 0,0234$ и лейцин в объеме $6,8521 \pm 0,0245$ мг\г, так называемых липотропных веществ особенно при сахарном диабете, хроническом заболевании печени, ожирении и метаболическом синдроме.

3. Высокая концентрация аминокислоты цистеина в объеме $17,5236 \pm 0,1342$ мг\г белка в зерне «Джугары» свидетельствует о его эффекте в профилактике диабета. Цистеин играет ключевую роль в формировании инсулина и иммуноглобулинов (антител).

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Шарипов И.Л.

Самаркандский государственный медицинский университет

Острый пиелонефрит у детей – болезнь, которой часто болеют в детском возрасте, даже груднички, и при которой происходит воспалительный процесс в одной или двух почках.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Острый пиелонефрит может стать хроническим при условии неадекватного или несвоевременного лечения. Новорожденные мальчики и девочки болеют приблизительно с одной и той же частотой. Но после 12 месяцев регистрируют больше заболеваний среди девочек – примерно в 4 раза. После 3-летнего возраста девочки болеют в 10 раз чаще мальчиков.

Цель исследования. Изучение особенностей анамнеза, клинических и лабораторных особенностей острого пиелонефрита у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 55 детей в возрасте от 2 до 10 лет, пребывавших на стационарном лечении в детском областном медицинском центре Самаркандской области в отделении реанимации за период 2020-2022 гг. Среди обследованных мальчиков было 15, девочек - 40. Диагноз устанавливали на основании анамнеза, характерных клинических симптомов и результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты исследования. Большинство больных детей поступили в реанимационное отделение с различными заболеваниями: тяжелой формой пневмонии, неинфекционным энтероколитом, вторичным менингоэнцефалитом, гипертермическим синдромом. Кроме симптомов основного заболевания, у больных также отмечались симптомы рахита, анемии, гипотрофии. В качестве сопутствующей патологии наблюдались симптомы острого пиелонефрита. При анализе анамнестических данных было выявлено, что у 93% матерей больных детей отягощенный анамнез по заболеваниям почек и моче **Выводящих** путей. Так, у большинства детей матери ещё до беременности страдали хроническим пиелонефритом (85%), циститом (8%), мочекаменной болезнью (МКБ) (10%). Клинические признаки проявлялись дизурическими явлениями (60%), на боли в области поясницы жаловались 85% больных, боли в области живота предъявляли 25%. Мальчики чаще чем девочки жаловались на боли в области мочевого пузыря (65%). Признаки интоксикации выявлены у 55% детей. При проведении микробио-логического исследования у 83% детей высевались *S.aureus*, *S.faecalis*, *enterobacteriaceae*, *candida*. У многих детей встречалось сочетание инфекции.

Выводы. Предрасполагающими факторами к развитию пиелонефрита был отягощенный наследственный анамнез по заболеваниям почек и моче **Выводящих** путей. Начало пиелонефрита чаще всего характеризовалось болевым синдромом, дизурическими явлениями.



ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Шарипов И.Л., Холбеков Б.К.

Самаркандский государственный медицинский университет

Гипогликемия – это неотложное состояние, требующее экстренной неотложной помощи, от своевременности которой зависит качество и продолжительность ребенка.

Цель исследования. Изучение этиологической структуры синдрома гипогликемии у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы. На базе педиатрических отделений КОКБ проведен ретроспективный анализ 21 истории болезни детей в возрасте от 3 месяцев до 7 лет с документированной гипогликемией. Уровень глюкозы капиллярной крови составил от 0,22 до 2,9 ммоль/л.

Результаты и их обсуждение. У 12 детей раннего возраста (до 3х лет) выявлены следующие клинические проявления гипогликемии: сочетание беспокойства, тремора, чувства голода и потливости в 50% (n=6); нарушение сознания (в виде сонливости, оглушенности) – в 41 % случаев (n=5); кома - 21, 3% (n=3), судороги - 41% (n=5). У 2-х детей раннего возраста имела место бессимптомная гипогликемия после ночного перерыва в приеме пищи. У детей в возрасте 4-7 лет (n=9) основными симптомами гипогликемии являлись приступы в виде сочетания резкой слабости, выраженной сонливости, адинамии, потливости и головной боли, которые расценены как проявление вегето-висцеральных кризов. Все пациенты (n=9) имели в анамнезе отягощенный антенатальный период: угроза прерывания беременности регистрировалась в 77,7% случаев (n=7), фетоплацентарная недостаточность – в 77,7 % (n=7), хроническая гипоксия плода – в 100% (n=9), внутриутробное инфицирование – 44,4 % (n=4), гестоз I половины беременности – 88,8% (n=8), гестационный СД - 33,3% (n=3), патологически высокая прибавка веса во время беременности (более 12 кг) – 88,8% (=8). В результате верификации диагноза в раннем возрасте у 25 % (n=3) причиной гипогликемии являлся первичный гипотиреоз, у 16,6 % (n=2) – первичная хроническая надпочечниковая недостаточность, 33,3% (n=4) имели врожденную дисфункцию коры надпочечников (ВДКН), 8,3 % (n=1) – болезнь накопления (гликогеноз).

Выводы. Таким образом, в структуре причин гипогликемии у детей раннего возраста приоритетная роль принадлежит эндокринопатиям 75 % (9/12), а именно патологии надпочечников. У детей старшего возраста доминировали реактивные (идиопатические) гипогликемии на фоне вегето-висцеральных кризов.



КРИТЕРИЙ ДЛЯ УСПЕШНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ БЕЗ ПРИДАНИЯ ПАЦИЕНТУ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕНДЕЛЕНБУРГА

Шаробиддинов М.З

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Придание пациенту положения Тренделенбурга позволяет повысить безопасность катетеризации внутренней яремной вены (ВЯВ) за счет увеличения ее диаметра и уменьшения респираторной экскурсии. Выполнение данного маневра особенно важно в том случае, когда максимальный диаметр вены менее 7, поскольку известно, что при катетеризации вен с малым диаметром количество осложнений возрастает. Проведение катетеризации ВЯВ с помощью ультразвуковой визуализацией позволило повысить ее безопасность. Несмотря на возможность ультразвуковой визуализации вены, современные руководства традиционно рекомендуют придавать перед катетеризацией всем пациентам положение Тренделенбурга. В то же время, известны медицинские противопоказания для его применения. В частности, положение пациента с наклоном головы вниз на 10-25° вредное воздействие при наличии у него повышенного внутричерепного, внутриглазного или внутрибрюшного давления.

Целью исследования явилось определение критериев для осуществления безопасной катетеризации внутренней яремной вены без придания пациенту положения Тренделенбурга.

Материалы и методы. В исследование были включены 55 взрослых пациентов обоего пола, подготовленных для катетеризации правой внутренней яремной вены по медицинским показаниям. Предварительно с помощью линейного датчика 7.5 МГц и ультразвукового аппарата Alpinion E-CUBE 9 (South Korea) сканировали внутреннюю яремную вену пациента в М-режиме в течение 15 секунд для определения минимального значения ее диаметра (Dmin). В контрольную группу (n=23) были включены пациенты со значением диаметра менее 7 мм, в группу наблюдения (n=22) - 7 и более мм. Количественные данные представлены в виде среднего арифметического (M), стандартного отклонения (SD). Индекс коллабирования ВЯВ (CI) рассчитывали по формуле: $CI = [(Dmax - Dmin) / Dmax] \times 100\%$. В контрольной группе пациентов катетеризацию ВЯВ проводили с применением положения Тренделенбурга 15°, в группе 2 – в горизонтальном положении. Анализировали количество повреждений и осложнений.

Результаты. Исследованы 55 пациентов: 34(61.8%) мужчины и 21(38.2%) женщина, средний возраст пациентов составил 47.6±7.5 лет.

Результаты ультразвукового исследования ВЯВ показали, что в контрольной группе показатель Dmin составил 3.5±2.2 мм,



D_{max} - 6.3 ± 2.6 мм, при этом индекс коллабирования вены составил $46.5 \pm 26.4\%$, что свидетельствует о влиянии дыхания пациента на изменение диаметра вены. Полученные данные свидетельствуют о том, что во время спонтанного вдоха пациента диаметр вены уменьшается практически в 2 раза. В этом случае, пункция и катетеризация ВЯВ без учета фазы дыхания сохраняет риск развития повреждений и осложнений. В группе наблюдения получены следующие **Результаты:** D_{min} - 10.4 ± 3.3 мм, D_{max} - 12.0 ± 3.5 мм, CI

- $13.3 \pm 9.9\%$, свидетельствующие о том, что спонтанное дыхание пациентов не оказывало существенного влияния на изменение диаметра ВЯВ.

Таким образом, минимальный диаметр вены 7 мм и более может быть использован в качестве критерия для проведения безопасной катетеризации внутренней яремной вены пациентов без придания им положения Тренделенбурга. Для повышения точности полученных результатов необходимы дополнительные исследования.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕРМИЯ КАК СПОСОБ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Шаробиддинов М.З.

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Как правило, большинство пациентов оперированных по поводу колоректального рака, страдает от целого ряда сопутствующих заболеваний и предрасположены к возникновению тромботических осложнений в раннем послеоперационном периоде. Адекватное послеоперационное обезболивание позволяет снизить риск кардиоваскулярных, дыхательных и гастроинтестинальных осложнений, обеспечить раннюю мобилизацию пациентов, что в сочетании с медикаментозной профилактикой снижает риск появления тромбов.

Целью данного исследования проведение ретроспективного аудита послеоперационного обезболивания после лапароскопических операций при колоректальном раке.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ послеоперационного обезболивания 98 пациентов, 56 женщин и 43 мужчин, в возрасте от 39 до 74 лет (средний возраст 49,7 лет), с индексом массы тела (Kg/m^2) 59-83 (в среднем 62.1), которым в течение 2019-2022 гг были выполнены лапароскопические операции по поводу колоректального рака. Операции выполнялись под тотальной эндотрахеальной анесте-



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



зией севофлюраном или пропофолом с добавлением фентанила. В качестве релаксанта использовался атракурия безилат в стандартной дозировке. Все пациенты по шкале анестезиологического риска (ASA) находились в категориях ASA II-III, не имели в анамнезе хронической боли. Состояние пациентов, адекватность обезболивания, развитие осложнений и их лечение оценивалось на основании анализа анестезиологических протоколов, листов лечения боли, листов интенсивной терапии. Для послеоперационного обезболивания все пациенты получали перфолган (парацетамол) в дозе 1г 2 раза в сутки. 63 пациента - в сочетании с непофаном (акупан). У 5 пациентов имелись противопоказания к применению непофана (повышенные или пограничные значения креатинина крови). Парацетамол и непофан всем пациентам назначались регулярно внутривенно и внутримышечно. Кроме того, всем пациентам назначался «по требованию»-непофан (акупан) 20 мг. внутримышечно. Послеоперационная анальгезия была адекватной у всех пациентов: по 10-ти бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) ≤ 3 . Указанные выше значения были достигнуты у всех пациентов в первые три часа после операции. Пациенты находились в палате пробуждения или палате интенсивной терапии анестезиолого-реанимационного отделения, персонал которых, при необходимости, осуществлял титрование нужной дозы непофана (акупана). 19 пациентов не нуждались в опиоидах вообще, у 17 пациентов наблюдалась потребность в непофана (акупана) и на следующий день после операции. Потребность в непофана (акупана) наблюдалась у 23 пациентов: 1 сутки - 16 пациентов; 2 суток - 4; 3 суток - 2; 4 суток - 1 пациент. Дозы акупана колебались в крайне широких пределах и не были связаны с индексом массы тела пациента. Двум пациентам потребовалось повторное хирургическое вмешательство: ревизия раны и диагностическая лапароскопия. Им необходимо было более длительное послеоперационное обезболивание. Наиболее часто встречающимся осложнением была послеоперационная тошнота и рвота: у 39 пациентов (47,1%). Нам не удалось выявить зависимость частоты и интенсивности послеоперационной тошноты и рвоты от факта применения или дозы введенного трамадола.

Результаты и обсуждение. Используемая методика проста в применении, позволяет добиться у всех пациентов адекватного послеоперационного обезболивания, учи-тывать их индивидуальные особенности и потребности. Столь значительный разброс в необходимых дозах Непофана (акупана) объясняется индивидуальными особенностями пациентов и не связан с хирургической техникой и массой тела. Выраженность боли и потребность в непофана в первые сутки - вопрос индивидуальной чувствительности пациента. Наличие выраженного болевого синдрома на второй и последующие дни после операции необходимо рассматривать как признак возможного хирургического осложнения: инфекции, несостоятельности швов, частичной или полной непроходимости кишечника. Полученных данных недостаточно, чтобы утверждать, что при данном типе операций частота и интенсивность послеоперационной тошноты и рвоты связана в первую очередь с выбором анестезиологического пособия, тем более нет оснований



давать рекомендации по данному вопросу, который требует дальнейшего пристального изучения.

Выводы. 1. При выполнении лапароскопических операций при колоректальном раке послеоперационное обезболивание должно состоять из регулярного назначения перфолгана (парцетамола) в комбинации с акупаном при отсутствии противопоказаний.

2. Включение акупана в схему лечения, начиная со вторых суток, обосновано и целесообразно. 3. Мониторинг динамики болевого синдрома позволит заподозрить наличие хирургических осложнений на раннем этапе.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФУЗИОННЫХ АНТИГИПОКСАНТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Шаробиддинов М.З

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Цель исследования. Оценить состояние воспалительно-цитокиновой системы, системы комплемента на основных этапах противошоковой терапии пациентов с травматическим и ожоговым шоками и определить целесообразность применения инфузионных антигипоксантов для коррекции их нарушений.

Материалы и методы. В основу работы положены **Результаты** клинического обследования и хирургического лечения 15 (11 человек – контрольная группа и 4 – исследуемая группа) больных, у которых был диагностирован травматический шок, а также 7 (3 – контрольная группа и 4 – исследуемая группа) пострадавших с ожоговым шоком. Возраст пострадавших колебался от 20 до 69 лет (42 ± 21). Лица мужского пола составили 14 человек, женщин 8. Пациенты контрольной группы получали стандартную противошоковую терапию, а в исследуемой группе, совместно с противошоковой терапией пострадавшие получали препарат Реамберин 1,5% раствор который ввели со скоростью 3-4 мл/мин в объеме 500 мл 2 раза в сутки.

Во всех группах у пострадавших исследовали показатели воспалительно-цитокиновой системы: фактор некроза опухоли α , интерлейкин 2, интерлейкин 1в, интерлейкин 4, интерлейкин 8, интерлейкин 10, ВЭФР, интерлейкин 6, компонент комплемента С3а, компонент комплемента С5а.

Анализ состояния воспалительно-цитокиновой системы и системы комплемента у пациентов с травматическим шоком на этапах интенсивной терапии показал статистически значимое снижение уровня Интерлейкина 2 (через 24 часа и 48 часов лечения),



Интерлейкина 4 (при поступлении пациента в стационар и через 2 суток его лечения) и уровня фактора некроза опухоли (при поступлении пациента в стационар и через 2 суток лечения) на фоне стандартной противошоковой терапии.

Включение в стандартную противошоковую терапию инфузионных антигипоксантов улучшило состояние воспалительно-цитокиновой системы, системы комплемента; уменьшило тканевую гипоксию, хотя статистический анализ этих различий не выявил.

Сравнительная характеристика изменений уровня медиаторов воспаления у пациентов с ожоговым шоком в контрольной и исследуемой группах также показал положительное влияние вводимого реамберина на синдром капиллярной утечки. Уровень Интерлейкина-2 к окончанию 2-х суток лечения уменьшался с 7,25 пг/мл до 2 пг/мл, тогда как в контрольной группе к окончанию 48 часов лечения он оставался высоким (13,7 пг/мл).

Интерлейкин-6, несмотря на проводимую терапию, повышался в исследуемой и контрольной группах. Наиболее информативным оказался показатель компоненты комплемента C5a, который у пострадавших исследуемой группы на фоне лечения снизился к концу 48 часов лечения в 3 раза (с 65,3 до 29,4), тогда как в контрольной группе снижение было менее значимым (с 49,33 до 35,33).

Таким образом, на данном этапе исследования отмечено благоприятное воздействие Реамберина на течение травматического и ожогового шока у пострадавших, но для заключения окончательных

Выводов о целесообразности применения инфузионного антигипоксанта в терапии критических состояний необходимо дальнейшие исследования.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРКУТАННОЙ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ.

Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А.Бозоров О.Р..

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии. Узбекистан. Ташкент.

Лечение нестабильных неосложненных переломов грудного отдела позвоночника у пациентов старшей возрастной группы имеет ряд особенностей и сложно решаемых задач. Особенности данной группы пациентов является наличие большого количество сопутствующей соматической патологии, переходящих в результате травмы и длительного постельного режима в стадию декомпенсации.

Чрескожная пункционная баллонная кифопластика является современным малоинвазивным способом переломов грудного отдела позвоночника, которая в отличие от более распространенной вертебропластики позволяет частично восстановить высоту тела сломанного позвонка и уменьшить угол локального посттравматического



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



кифоза. Восстановление этих анатомических параметров важно и в прогностическом плане и в прочной опороспособности позвоночно-двигательного сегмента.

Цель: изучение эффективности чрескожной пункционной баллонной кифопластики при остеопоротических переломах груднопоясничного отдела позвоночника у пациентов старших возрастных групп.

Материал и методы. В период с 2017 по 2020 г. нами выполнено 56 операций чрескожной пункционной баллонной кифопластики у пациентов с остеопоротическими переломами тел груднопоясничных позвонков. Возраст больных составлял от 48 до 69 года. Средний возраст составил 58,5 лет, женщин было 35 мужчин 21. У 45 пациентов была выполнена баллонная кифопластика на одном уровне, у 11 пациентов была выполнена на двух позвонках, у 3 пациентов баллонная кифопластика произведена на трёх уровнях. В 33 случаях (58,9%) остеопоротические переломы были локализованы в грудном отделе позвоночника, у 18 (32,1%) в поясничном отделе позвоночника, у 5 (8,9%) больных в груднопоясничном отделе позвоночника. Предоперационное обследование включало оценку общего состояния больных, ортопедического, неврологического статуса и лучевых методов диагностики: обзорная рентгенография позвоночника, МРТ, КТ, денситометрия. Операцию осуществляли с помощью набора инструментов для баллонной кифопластики iVAS компании Stryker (США). Использовали рентген позитивный костный цемент Spine Plex Stryker (США).

При анализе ближайших и отдаленных результатов лечения использовали клиническое обследование, определяли качество жизни с помощью адаптированного опросника Освестри, болевой синдром по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Выполняли рентгенографию позвоночника в двух стандартных проекциях с последующим рентгеноморфометрическим анализом характера повреждения и отдаленного результата. Контрольная КТ и МРТ исследования в послеоперационном периоде проведено у 48 больных (85,7%).

Анализ результатов лечения показал сохранения коррекции кифотической деформации на более 30% у 74% больных в отдаленных сроках лечения (через год). Полное устранение болевого синдрома достигнуто у 67,7% пациентов, у 12,2% пациентов наблюдалось сохранение незначительного болевого синдрома. Восстановление двигательной активности отмечено в 83,5% случаях. У 3 пациентов наблюдалось истечение костного цемента за пределы сломанного позвонка (в межпозвонковый диск) с бессимптомным течением.

Заключение. Перкутанная баллонная кифопластика остеопоротических переломов тел груднопоясничного отдела позвоночника в настоящее время является высокоэффективным и безопасным методом хирургического лечения поврежденных тел позвонков, устраняющим болевой синдром и восстанавливающим их утраченную биомеханическую прочность и опороспособность. Этот метод может применяться у больных вне зависимости от их возраста и сопутствующей соматической патологии с выраженным клиническим эффектом.



Анализ результатов хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника способом эндоскопической микродискэктомии.

Ш.Ш.Шатурсунов., Шомансур Ш. Шатурсунов., С.А.Мирзахонов., Д.И.Эшкулов.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан

Введение. По данным современных литературных источников, около 80 % людей в течение жизни переносили по крайней мере один эпизод боли в пояснице с наличием или отсутствием боли в нижних конечностях. До 70 % людей хотя бы раз в жизни испытывали такую боль в спине, которая заставила их обратиться к невропатологу, а 19 % из обратившихся были вынуждены прибегнуть к операции из-за отсутствия ощутимого эффекта от консервативной терапии. У 5—10 % пациентов боль в пояснице обусловлена грыжами межпозвонковых дисков и в 43 % случаев сопровождается радикулопатией и ишиасом. Число пациентов, имеющих грыжу межпозвонкового диска, увеличивается во всем мире, в том числе за счет лиц молодого возраста.

Цель настоящего исследования – проведение сравнительного анализа клинической эффективности стандартной микродискэктомии и эндоскопической микродискэктомии при хирургическом лечении пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное нерандомизированное исследование 156 пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков оперированных в клинике вертебрологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии МЗ РУз на период с 2020 по 2023год. В исследование вошли пациенты в возрасте от 20 до 76 лет имевшие люмбоишиалгию вследствие грыжи поясничной межпозвонковой грыжи. Всем пациентам проводилось комплексное неврологическое и инструментальное обследование, включающее традиционную и функциональную рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника, МСКТ (КТ) и МРТ, а также электронейромиографию (ЭНМГ).

Результаты и их обсуждения

Неврологический статус пациентов до операции варьировал по интенсивности корешкового болевого синдрома и давности заболевания. Сразу после операции у большинства пациентов наступил полный регресс корешкового болевого синдрома, ко всем пациентам были применены одинаковые ограничения активности — ограничение осевых нагрузок и строго обязательное ношение ортопедического поясничного корсета в течение 1 месяц после вмешательства.

Из 92 пациентов эндоскопической группы у 5 (5,4%) отмечен рецидив, что потребовало повторной операции. У 4 (3,4%) пациентов наблюдались длительные боли в течение 1 месяц после выписки, что соответствовало неудовлетворительному результату по шкале Масуб. У 7 (7,6%) пациентов наблюдалась непродолжительная боль тянущего характера в течение не более 1 неделя после операции. Еще у 6 (6,5%) пациентов были



непродолжительные ощущения, квалифицируемые пациентами как ноющая боль по тому же дерматому, что и до операции, однако регрессировавшие в 1—2-е сутки после операции.

Заключение

На основании проведенного исследования можно сказать, что по эффективности эндоскопическая дискэктомия сравнима с микрохирургической техникой. Учитывая, что этот метод по своим техническим характеристикам и возможностям сопоставим с микродискэктомией, эта технология может быть использована для удаления грыж межпозвоночных дисков. В ряде случаев технические возможности метода позволяют проводить декомпрессию нервных структур, что может быть использовано при лечении недискогенных стенозов позвоночного канала.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРКУТАННОЙ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ .

Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А.Бозоров О.Р..

1.РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ. Узбекистан. Ташкент.

Лечение нестабильных неосложненных переломов грудного отдела позвоночника у пациентов старшей возрастной группы имеет ряд особенностей и сложно решаемых задач. Особенности данной группы пациентов является наличие большого количество сопутствующей соматической патологии, переходящих в результате травмы и длительного постельного режима в стадию декомпенсации.

Чрескожная пункционная баллонная кифопластика является современным малоинвазивным способом переломов грудного отдела позвоночника, которая в отличие от более распространенной вертебропластики позволяет частично восстановить высоту тела сломанного позвонка и уменьшить угол локального посттравматического кифоза. Восстановление этих анатомических параметров важно и в прогностическом плане и в прочной опороспособности позвоночно-двигательного сегмента.

Цель: изучение эффективности чрескожной пункционной баллонной кифопластики при остеопоротических переломах грудного отдела позвоночника у пациентов старших возрастных групп.

Материал и методы. В период с 2017 по 2020 г. нами выполнено 56 операций чрескожной пункционной баллонной кифопластики у пациентов с остеопоротическими переломами тел грудного отдела позвоночника. Возраст больных составлял от 48 до 69 года. Средний возраст составил 58,5 лет, женщин было 35 мужчин 21. У 45 пациентов была выполнена баллонная кифопластика на одном уровне, у 11 пациентов была



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



выполнена на двух позвонках, у 3 пациентов баллонная кифопластика произведена на трёх уровнях. В 33 случаях (58,9%) остеопоротические переломы были локализованы в грудном отделе позвоночника, у 18 (32,1%) в поясничном отделе позвоночника, у 5 (8,9%) больных в грудопоясничном отделе позвоночника. Предоперационное обследование включало оценку общего состояния больных, ортопедического, неврологического статуса и лучевых методов диагностики: обзорная рентгенография позвоночника, МРТ, КТ, денситометрия. Операцию осуществляли с помощью набора инструментов для баллонной кифопластики iVAS компании Stryker (США). Использовали рентген позитивный костный цемент Spine Plex Stryker (США).

При анализе ближайших и отдаленных результатов лечения использовали клиническое обследование, определяли качество жизни с помощью адаптированного опросника Освестри, болевой синдром по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Выполняли рентгенографию позвоночника в двух стандартных проекциях с последующим рентген-морфометрическим анализом характера повреждения и отдаленного результата. Контрольная КТ и МРТ исследования в послеоперационном периоде проведено у 48 больных (85,7%).

Анализ результатов лечения показал сохранения коррекции кифотической деформации на более 30% у 74% больных в отдаленных сроках лечения (через год). Полное устранение болевого синдрома достигнуто у 67,7% пациентов, у 12,2% пациентов наблюдалось сохранение незначительного болевого синдрома. Восстановление двигательной активности отмечено в 83,5% случаях. У 3 пациентов наблюдалось истечение костного цемента за пределы сломанного позвонка (в межпозвонковый диск) с бессимптомным течением.

Заключение. Перкутанная баллонная кифопластика остеопоротических переломов тел грудопоясничного отдела позвоночника в настоящее время является высокоэффективным и безопасным методом хирургического лечения поврежденных тел позвонков, устраняющим болевой синдром и восстанавливающим их утраченную биомеханическую прочность и опороспособность. Этот метод может применяться у больных вне зависимости от их возраста и сопутствующей соматической патологии с выраженным клиническим эффектом.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН

Шералиева Гулчирой Муроджон кизи
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гестационная трофобластическая болезнь (ГТБ, трофобластическая опухоль - ТО, трофобластическая неоплазия - ТН) включает группу патологических



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



состояний, ассоциированных с беременностью, возникающих в результате аномальной пролиферации трофобласта.

Уровень распространенности ГТБ широко варьирует в разных регионах мира. Это может быть обусловлено воздействием факторов риска, неблагоприятно влияющих на организм, различиями в диагностике и регистрации статистических данных. Согласно данным исследования прошлого десятилетия, распространенность ГТБ в странах Азии была значительно выше, чем в Европе и Северной Америке. Такая высокая частота была связана с низким уровнем жизни в данном регионе. В Северной и Южной Америке, а также в Европе ГТБ встречается с частотой примерно 1 на 500-1000 беременностей. Заболеваемость в Восточной Азии в 5-15 раз выше и достигает 1 случай на 120 беременностей.

Цель исследования. **Целью** исследования является улучшение лечения и профилактики трофобластических заболеваний у женщин.

Материалы и методы исследования. Для проспективного исследования были отобраны 71 женщина, которые были разделены на 3 группы: 1 группа - женщины с доброкачественным ПЗ, 2 группа - 23 женщины со злокачественной формой инвазивный ПЗ и 3 группа – 21 женщина с хориокарциномой. Контрольную группу составили 25 женщин с неразвивающейся беременностью. Сбор материалов и исследований был проведен на базе филиалов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, а также в гинекологических отделениях родильных комплексов. Возраст больных в наших исследованиях колебался от 16 до 55 лет, средний возраст составил $30,3 \pm$ года, при ПЗ – $29,1 \pm$, при злокачественных формах – $32,3 \pm$ года.

Результаты исследования. В процессе выполнения научной работы были использованы следующие методы исследования: сбор анамнеза, гинекологический осмотр, клинико-лабораторное обследование (общеклинические, биохимические, морфологические исследования, УЗИ, рентгенография грудной клетки, иммуногистохимия) и статистическая обработка данных.

Объективные данные при ТБ у пациенток изучались по следующим критериям: общее состояние больных, данные наружного осмотра, осмотра в зеркалах и бимануального исследования. При ПЗ состояние гениталий изучалось до и после эвакуации содержимого матки.

Ультразвуковое исследование органов гениталий проводилось аппаратом фирмы GE LOGIQ V2 (Германия). Было проведено УЗИ всем пациенткам, поступившим в гинекологическое отделение с подозрением на ПЗ до и после эвакуации содержимого матки 3 раза в течение 1 месяца.

Исследование уровня ХГЧ проводилось в частной лаборатории..... всем обследуемым женщинам проспективной группы до эвакуации содержимого матки, а также каждую неделю после эвакуации.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Латентный период определялся как промежуток времени от появления первых признаков заболевания до оказания специализированной помощи.

Иммуногистохимическое (ИГХ) исследование проводилось в частной патоморфологической лаборатории ООО «Premium Diagnostics» под логотипом «Mediofarm».

Для данного исследования были отобраны 71 пациентка с гестационной трофобластической болезнью и разделены на 3 группы исследуемых в них: 27 образцов пузырного заноса, 23 – инвазивного пузырного заноса, 21 – хориокарциномы. В качестве контроля были выбраны 25 женщин с неразвивающейся беременностью. Образцы тканей трофобластической болезни, использованные в этом исследовании, были получены в РСНПМЦОиР и его филиалах. Ткани контрольной группы были получены в гинекологическом отделении Андижанского областного перинатального центра. Все диагнозы были гистологически подтверждены. Образцы тканей были получены путем первичного выскабливания полости матки или методом трепан-биопсии, промыты физиологическим раствором, а затем немедленно помещены в формалин.

Фиксированные формалином ткани были погружены в парафин, разделены на 5 мкм и установлены на предметные стекла, покрытые силаном. Срезы депарафинизировали и регидратировали через нисходящие сорта спирта до дистиллированной воды с последующей блокировкой эндогенной пероксидазой с помощью 3% гидропероксидазы в фосфатно-солевом буфере; затем срезы подвергали воздействию микроволнового антигена. После этого их промывали в фосфатно-солевом буфере и блокировали кроличьей сывороткой (DAKO, Дания) в течение 2 часов. Затем их инкубировали в течение ночи при 4°C с поликлональным антителом CLIC1 (разведение 1:200, Elabscience Biotechnology Co., China). После 3 промывок в фосфатно-солевом буфере срезы инкубировали со вторичным конъюгированным с пероксидазой антителом, (1:1000) в течение 1 часа при комнатной температуре. Иммунореактивность была выявлена диаминобензадином (DAKO, Дания) для повышения чувствительности и образования коричневого нерастворимого осадка в иммунопозитивных участках. Срезы были окрашены гематоксилином и помещены на покровное стекло. Негативные контрольные образцы инкубировали с раствором, лишенным каких-либо первичных антител. Ткани опухолей тела матки были выбраны для положительного контроля в соответствии с протоколом антитела CLIC1. Срезы исследовали под мощным (x400) световым микроскопом. 4 поля на раздел были выбраны случайным образом, и изображения были сняты с помощью цифровой камеры.

Вывод. Для изучения психоэмоциональных особенностей различных форм гестационной трофобластической болезни было исследовано 150 больных с ГТБ. Был проведен анализ анкетирования пациенток на основании информированного согласия. Опросный лист включал данные о пациенте, демографические данные, социально-экономическая информация, информация о текущем состоянии пациента, информация о причинах задержки лечения, история болезни и осведомленность о здоровье пациента



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ФОРМ ГЕСТАЦИОННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Шералиева Г.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Трофобластические опухоли характеризуются высокой злокачественностью, быстрым отдаленным метастазированием, но благодаря своевременной ранней диагностике можно получить хорошие **Результаты** до полного излечения. После излечения сохраняется репродуктивная функция у абсолютного большинства молодых женщин (Быстрицкая Д.А. и соавт., 2017). Возникновение опухоли возможно как во время беременности, так и после ее завершения, но наиболее часто это происходит после пузырного заноса (ПЗ).

Цель исследования. Совершенствование методов ранней диагностики и прогнозирования злокачественных форм гестационной трофобластической болезни.

Материалы и методы исследования. В процессе выполнения научной работы были использованы следующие методы исследования: анамнез, гинекологический осмотр, клиничко-лабораторное обследование (общеклинические, биохимические, морфологические исследования, УЗИ, иммуногистохимия) и статистическая обработка данных.

Результаты исследования. При ХК, также как и при ПЗ, первыми и самыми основными жалобами больных были различного характера кровянистые выделения из половых путей. Однако при ХК в основном кровянистые выделения начинаются после разрешения беременности.

Среди 30 больных с ХК имелись жалобы на разного характера кровянистые выделения у 91,0% больных, у 11,0% - жалобы на снижение аппетита, исхудание и головокружение. Жалобы на кашель, сердцебиение, головную боль, боли в грудной клетке и повышение температуры наблюдались в 3,0% случаев. Остальные редко встречающиеся жалобы были на шум в ушах, увеличение живота, выделение белей различного характера, одышку, кашель с кровью, кровохарканье, озноб, сухость во рту, нарушение сна, рези и частое мочеиспускание, отвращение к мясной пище, тяжесть внизу живота, заторможенность сознания, боль в заднем проходе и в подлопаточной области. Эти симптомы наблюдались у 26,0% больных.

При изучении интенсивности кровянистых выделений у больных ХК матки у большинства (60,0%) были установлены выделения умеренного характера, обильные – у 36,5% ($t =$), профузные у 2,2%, а у 1,3% - скудного характера.

При анализе начала появления кровянистых выделений было выяснено, что у 70,0% больных кровянистые выделения появились после завершения беременности, причем до восстановления нормального менструального цикла, у 18,0% после восстановления менструации, у 8,0% после задержки менструации, а у 3,7% в менопаузе.



Изучение длительности кровянистых выделений у больных ХК матки (от начала выделений до поступления в онкологический стационар) свидетельствует, что у большинства больных (87,0%) они длились более 1-го месяца. Причем, более 3-х месяцев наблюдались кровянистые выделения у 51,5%, более 5-ти месяцев у 25,6% и до одного месяца – только у 12,7% больных. Кровянистые выделения у некоторых больных чередовались со светлыми промежутками, особенно после выскабливания, но затем снова возобновлялись. Такие длительные и обильные кровянистые выделения могут отрицательно влиять на состояние больной и на течение болезни, так как при этом снижается иммунно-биологическая активность организма, что может привести к прогрессированию основного процесса.

Клинические проявления ХК матки проявляются наличием различных жалоб, развивающихся вследствие появления ближайших и отдаленных метастазов, а также осложнений. Так, распространение процесса в малый таз характеризовалось у 14,3% больных жалобами на боли внизу живота, в области заднего прохода, запор, рези и частое мочеиспускание.

Симптомы разрыва матки опухолью в основном выражались появлением резкой боли внизу живота, симптома раздражения брюшины и нарастанием картины вторичной анемии. Такие симптомы имелись у 4,2% больных.

Больные с метастазами в легкие предъявляли такие специфические жалобы, как кашель, обычно с кровью, кровохарканьем, боли в грудной клетке, подлопаточной области.

Жалобы, развивающиеся вследствие интоксикации организма опухолью и потери крови, а также присоединения вторичной инфекции были на боли внизу живота у 44,7%, слабость у 56,0%, понижение аппетита у 21,0% больных. У отдельных больных были жалобы на исхудание, головокружение, головные боли, озноб, повышение температуры, сухость во рту, отвращение к мясной пище, заторможенность сознания, шум в ушах, плаксивость.

Итак, у больных ХК матки имеется достаточно субъективных клинических признаков, которые при правильной трактовке позволяют врачу своевременно распознать не только основной процесс, но и его распространение, а также осложнения.

Вывод. Таким образом, своевременная диагностика ЗНП крайне важна для оптимизации планирования лечения. Правильное лечение на раннем этапе позволяет своевременно излечить абсолютное большинство больных, сохраняя репродуктивное здоровье женщин, не снижая качество их жизни.

Всестороннее изучение факторов прогноза ЗНП позволит улучшить планирование лечения больных, выявить ранние факторы резистентности опухоли к стандартной химиотерапии и разработать научно обоснованные рекомендации по прогнозированию ЗНП.



СОЦИАЛЬНО – ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХЕЛИКОБАКТЕР АССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

1Шодиева М.С., 2Худойбергганов М.Р.,

1Бухарский государственный медицинский институт. к.м.н., асс. каф. Педиатрии
2Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, к.м.н., доцент, зав.каф. педиатрии.

Цель: Изучить факторы риска, приводящие к развитию хеликобактер ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей, проживающих в г. Бухаре;

Материал и методы исследования. Обследовано 182 детей с гастродуоденальной патологией, из них 130 обследованы и лечились в стационаре, остальные наблюдались амбулаторно. Возраст больных варьировал от 7 до 18 лет, в том числе 79 мальчиков (43,4%) и 103 девочек (56,6%). Из этих пациентов у 28 (15,4%) была язвенная болезнь и у 154 (84,6%) хронический гастродуоденит.

Для выявления факторов риска гастродуоденальной патологии, ассоциированных *Helicobacter pylori* (НР), были рассмотрены социально – гигиенические факторы риска, определяющие образ жизни семьи и подростка, режим и качество питания подростков, гипокинезия, нервно-психические перегрузки, протяженные стрессы, плохой микроклимат в семье и жилищно-бытовых условиях.

Результаты исследования. При анализе социально-гигиенических факторов риска установили, 28 (100%), детей из НР позитивной группы выявлено язвы 12 перстной кишк (ЯБДПК) и у 61 (87,1%) детей, ХГД, и 39 (46,4%) детей НР негативной группы не соблюдали режима и качество питания. Частота встречаемости детей, злоупотребляющих жирной, жареной пищей, острыми, пряными, копчеными блюдами, предпочитающие еду в сухоматку и недостаточное употребление свежих овощей и фруктов с НР позитивной ЯБДПК и ХГД (от 52,8% до 92,8%) в 2 раза больше, по сравнению с детьми НР негативной ХГД (21,4 - 45,2%).

Детальное изучение фактора питания, направленное на выявление нарушений режима и питания, выявило достоверное преобладание нерегулярной сухой вареной пищи у детей с язвенной болезнью по сравнению с НР положительными и НР отрицательными, ХГД – 92,8 (RR-13.37), 58,5 и 44,0%. Некоторые больные с ГДП длительное время не принимали пищу и питались два раза в день. Кроме этого, дети с гастродуоденитом и язвенной болезнью были более склонны к монотонному питанию. Специфические привычки включали: потребление горькой и соленой пищи значительно чаще отмечалось в группе с положительной *Helicobacter pylori*, язвенной болезни 12 перстной кишки и хроническим гастродуоденитом 82,1-70% (RR-6,29 и 2,38). В данной группе распространенность жирной, жареной пищи в рационе также была достоверно выше: 60.7% ва 52.8% (RR -3.44, 1.90)



Еще одним важным социально-гигиеническим фактором является гипокinezия. У 23 (82,1%) с язвенной болезнью 12 перстной кишки и 61 (87,1%) детей с гастродуоденитом *Helicobacter pylori* позитивных детей ГДП выявлены малое и кратковременное пребывание на свежем воздухе, отсутствие занятий физической культурой и спортом. При изучении других показателей (нервно-психическое напряжение и длительные негативные эмоции, неблагоприятный микроклимат в семейно-бытовых условиях, конфликты в школе) у больных данной группы относительно других групп язвенная болезнь 12 перстной кишки была в 2-3 раза выше.

У большинства больных язвенной болезнью возникают конфликтные ситуации: учителя сообщали о травмирующих ситуациях в школе с одноклассником. Больные с нейрпсихической перегрузкой проявляли неудовлетворенность своими личными и семейными проблемами: разводом родителей, заболеваниями близких, финансовыми проблемами. Нейрпсихический стресс наблюдался у 28 (100%) пациентов с язвенной болезнью и у 61 (87,1%) пациента с относительно высоким риском *Helicobacter pylori* положительной ХГД (RR-2,31). Плохой микроклимат в семье зарегистрирован у 19 (67,8%) больных с язвенной болезнью при относительном риске RR-4,7.

Выводы. Сравнительный анализ факторов риска, *H. pylori*-позитивных и *H. pylori*-негативных больных, показал, что на частоту *H. pylori*-ассоциированной ЯБ и ХГД влияли из социально гигиенических факторов: еда в сухомятку (RR-13,37), употребление острых, пряных и копченых блюд (RR-6,29), злоупотребление жирной и жареной пищи (RR-3,44), недостаточное употребление свежих овощей и фруктов (RR-2,46), курение (RR-4,3), гипокinezия (RR-6,29), плохой микроклимат в семье (RR-4,7) и конфликты в школе (RR-11,75).

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шоюнусова Н.Ш., Жуманова Л.А., Хасанова Ш.А., Мирзаева М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Одним из ведущих направлений развития здравоохранения в условиях проводимой модернизации является совершенствование системы скорой медицинской помощи. По данным ВОЗ, в мире около 20% человек погибает из-за отсутствия квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе, что и определяет повышение роли скорой медицинской помощи населению в системе здравоохранения. В настоящее время в Республик осуществляется модернизация системы здравоохранения, одним из направлений которой является совершенствование службы скорой неотложной медицинской помощи.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель исследования. Однако недостаточно изученными остаются региональные особенности организации скорой медицинской помощи, условия и факторы (организационные, материально-технические, квалификационные и др.), влияющие на качество оказания скорой медицинской помощи взрослому населению. Не изучено мнение населения и медицинских работников об организации и качестве оказания медицинской помощи при планировании работы станций скорой медицинской помощи. Все это предопределило необходимость проведения комплексного исследования по организации скорой медицинской помощи сельскому населению.

Материалы и методы исследования. Выкопировка документации о состоянии сети служб скорой неотложной медицинской помощи сельского района.

Результаты исследования.. Был проведен анализ состояния и динамики кадрового ресурса ССП сельского района. Показатель укомплектованности медперсоналом ССП – 100%. Это объясняется увеличением фельдшерских бригад, которые в большей мере обслуживают сельское население. По совместительству работает - 7 врачей.

Распределение врачей по стажу выявило, что наиболее представительной является группа со стажем до 5 лет, они составляют 54,5% всех врачей.

Врачи, имеющие стаж работы 10 -20 лет составили 36,4%, остальные имели стаж работы 5-10 лет, а также 20 лет и более (9,1%). Анализ состава персонала по стажевым группам выявил, что на ССП сельского района работают преимущественно медицинские работники, имеющие небольшой стаж, то есть, имеющие мало опыта в такой специфичной сфере деятельности, как скорая медицинская помощь.

Анализ категорий врачей и среднего медперсонала выявил низкую категорию у врачей (5,1%) и высокую - у среднего медперсонала (94,9%). Разница статистически существенна ($P < 0,001$).

Усовершенствование прошли также мало врачей (5,6%) и 94,5% - среднего медперсонала. Разница статистически существенна ($P < 0,001$). Анализ количества вызовов СМП за последние годы выявил тенденцию постоянного увеличения. Так, в абсолютных величинах число вызовов на СМП в предыдущем году составило 37684, в последующих годах – 42134 и 54185. Для сравнения вычислены показатели наглядности по сравниваемым годам, которые четко определяют тенденцию роста показателей в последующие годы. Такая ситуация требует серьезного вмешательства и организационных изменений в ССП. Вышеуказанные данные подтверждают, что обращаемость за скорой медицинской помощью имеет тенденцию к росту.

Выводы. Подготовка такого специалиста одна из трудоемких и важнейших задач совершенствования ССП. Оказание ЭМП зависит от профессионализма врача или фельдшера. Адекватное использование всех ресурсов здравоохранения напрямую зависит от уровня знаний, умений и навыков медицинского персонала.



КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ю.С. ЭГАМОВ., АЗИЗОВ Д.Т., ИБРАГИМОВА М.А., ЛАТИПОВ Р.Ж.

АндГосМИ, г.Андижан, Узбекистан.

Введение. Несмотря на совершенствование методов диагностики и улучшения качества лечебных мероприятий, послеоперационные осложнения и летальность при остром распространённом перитоните (ОРП) остается высокой. Особенно высокая летальность наблюдается при развитии абдоминального сепсиса с развитием полиорганной недостаточности, достигая при этом от 18 до 37% случаев.

Одним из наиболее неблагоприятных в прогностическом значении синдромов ОРП является – прогрессирующая эндогенная интоксикация организма, которая связана с очагом поражения в брюшной полости. Этот процесс способствует развитию функциональной кишечной недостаточности с транслокацией бактериальной флоры из кишечника в брюшную полость. Указанные факторы, прогрессируя и вовлекая в процесс органы и системы, являются причиной глубоких метаболических расстройств организма, которые приводят к полиорганной недостаточности и гибели больного.

Вместе с тем доказано, что одним из способов повышения эффективности антибиотикотерапии и коррекции иммунитета при ОРП и НЯК является **Введение** препаратов в лимфатическую систему.

Поиск и разработка новых методов адресной доставки лекарственных препаратов в органы-мишени являются актуальными проблемами современной медицины. Одним из таких методов является лимфотропная терапия, обеспечивающая создание в лимфатическом регионе очага поражения патологическим процессом достаточных и стабильных терапевтических концентраций лекарственных препаратов, следовательно, и в органе-мишени.

Цель работы: улучшить **Результаты** профилактики и лечения больных при абдоминальной хирургической патологии толстой кишки с применением в комплексе лимфотропной терапии.

Материал и методы: нами проведен анализ результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита и острого распространённого перитонита различного генеза больных, находившихся на стационарном лечении в клинике Андижанского государственного медицинского института за период с 2012 по 2022 годы. Все пациенты были разделены на две группы: в первую – контрольную группу включены пациенты (n=97) получавшие традиционные методы лечения в послеоперационном периоде, а пациентам во второй - основной группе (n=105) в комплекс лечения добавлена эндомезентериальная лимфотропная терапия. Для того, чтобы оценить эффективность эндомезентериальной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде, мы постарались изучить состояние лимотока в брыжейках кишечника в норме и при



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



созданной нами модели язвенного колита. Доказательством этому послужили **Результаты** всасывания синьки Эванса из брыжейки кишечника на созданной нами модели язвенного колита после лимфостимуляции.

После лимфостимуляции и лимфоток в брыжейках кишечника улучшается, устраняя при этом лимфостаз в «лимфатическом коллекторе», который развивается на фоне воспалительного процесса.

Причинами перитонита в основной группе больных (из 98 больных с перитонитом только 68), которым применялись эндомезентериальная лимфотропная терапия явились: острый деструктивный аппендицит у 29 больных (29,6 %), прободная язва желудка и 12-перстной кишки – у 18 больных (18,4 %), деструктивный холецистит – у 7 больных (7,1 %), гинекологические деструктивные заболевания – у 9 больных (9,2 %), острая кишечная непроходимость – у 5 больных (5,1 %). Сюда, в основную группу, еще вошли больные НЯК в количестве 30 (30,6 %).

Наличие больших изменений в забрюшинном пространстве у больных с различными формами перитонита в виде инфильтрации, отека, набухания, гиперемии, гнойно-воспалительных изменений, а также у всех больных основной группы неспецифическим язвенным колитом явились показанием для включения в комплексное лечение эндомезентериальной лимфотропной терапии.

Всем больным основной группы после завершения основного этапа операции, интраоперационно, в брыжейку кишечника - эндомезентериально установили изобретенные нами полихлорвиниловый - специальный катетер для лимфотропной терапии в послеоперационном периоде и закрепили его при помощи тонкого кетгута.

Наружный конец катетера **Выводили** из брюшной полости через контрапертуру фиксировали его к коже передней брюшной стенки живота шелковой нитью. Нами примененный способ установления катетера в брыжейку кишечника отличается тем, что мы ставим катетер на расстоянии 2 см от брыжеечного края кишки, а не в область корня брыжейки. Этим самым избегаем повреждения кровеносных сосудов, образования большой гематомы в брыжейке, перевязки или вдавления крупных лимфатических и кровеносных сосудов в него вводимыми лекарственными средствами.

У больных перитонитом, прежде всего, уделяли внимание борьбе с микробным фактором. В связи с этим в послеоперационном периоде через катетер, установленный в брыжейку кишечника, сразу после проведения лимфостимуляции, начали лимфотропное **Введение** антибиотиков широкого спектра действия, капельным путем. Тут же определяли чувствительность микрофлоры брюшной полости к антибактериальным препаратам. При изучении микрофлоры брюшной полости у 84,5% больных были обнаружены кишечная палочка, стафилококк, синегнойная палочка. У остальных больных с острым перитонитом при посеве обнаруживались сочетанные виды микроорганизмов.

Наибольшая чувствительность микрофлоры брюшной полости обнаружена к препаратам цефалоспоринового ряда: цефтриаксону и цефазолину (84,7%) больных с острым перитонитом. Как только была установлена чувствительность к антибиотику, сразу



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



переходили на использование эндомезентральной лимфотропной терапии данного препарата, которому микробы были чувствительны.

Для лимфотропной терапии в качестве лимфостимуляторов применяли глюкозо-новокаиновую смесь в соотношении 1:1 в дозе 4 мл на кг массы тела больного с лидазой (0,5 ед/кг) либо добавляя гепарин (80 ед/кг) с учетом свёртываемости крови больного, тимоген в дозе 150 мкг, антибиотики широкого спектра действия (цефалоспороны III-IV поколения: цефазолин либо цефтриаксон) в разовой терапевтической дозе, в дальнейшем с учетом чувствительности микрофлоры брюшной полости к ним.

Лимфотропная терапия при перитонитах проводилась в зависимости от тяжести заболевания и от состояния больного один или два раза в сутки в течение 4-5 дней. При гемиколэктомиях по поводу неспецифического язвенного колита один раз в сутки, а при субтотальных либо тотальных колэктомиях два раза в сутки, также в течение 4-5 дней.

Результаты лечения с применением лимфотропной терапии в послеоперационном периоде сравнивали с показателями контрольной группы больных.

На фоне проведения комплексной терапии в послеоперационном периоде с применением лимфотропной терапии у больных основной группы на 2-е сутки возобновилась перистальтика кишечника, а на 3-сутки отмечено отхождение газа. У больных контрольной группы слабые перистальтические шумы кишечника появились на 3-сутки после операции. Только на 4-5 сутки восстановилась функциональная способность желудочно-кишечного тракта у этой группы больных.

По сравнению с традиционными способами лечения острого перитонита, лейкоцитоз в крови больных основной группы на 3-сутки достоверно снизился, а у больных контрольной группы снижение этого показателя отмечался на 6-сутки после операции. ЛИИ нормализовался у больных основной группы на 4-сутки после операции, а в контрольной группе на 7-сутки. Также, уменьшение СОЭ отмечался, начиная с 4-суток у больных основной группы, а у больных контрольной группы с 6-7 суток.

В результате проводимой лимфотропной терапии в комплексе лечения в послеоперационном периоде, количество выделяемой жидкости из брюшной полости у больных основной группы начало убавляться по сравнению контрольной начиная со 2-го дня после операции.

Таким образом, при абдоминальном хирургическом заболевании толстой кишки применяемая лимфотропная терапия в комплексе лечения больных положительно влияет на восстановительную функцию организма, предотвращая осложнение со стороны основного заболевания, сокращает расходы на медикаментов и пребывание больного в стационаре на $3,5 \pm 1,5$ дней.



ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНГАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Эгамов С.Ш., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Тургунбоев А.А.,
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. На протяжении 20 века и по настоящее время неоднократно пересматривались тактика хирургов и отношение к вопросам патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). Свидетельством этого является тот факт, что данная проблема по сей день не сходит со страниц, периодической печати, значительно возрос выпуск монографий, ей посвящаются съезды, симпозиумы и конференции. В связи с чем, проблема совершенствования тактических аспектов лечения язвенной болезни затрагивает все основные направления, связанные также с оптимизацией открытых радикальных вмешательств.

Цель исследования. улучшение результатов хирургического лечения язвенной болезни при «трудных» дуоденальных язвах, путем определения типологических особенностей клинического течения и функционального состояния желудка.

Материалы и методы. За период с 2001 по 2020 годы на базе кафедры хирургических болезней и урологии АндГосМИ по поводу ЯБДПК оперированы 1567 больных. При этом «трудные» дуоденальные язвы (ДЯ) диагностированы у 494 (31,5%) пациентов. Из них в плановом порядке оперированы 364 (73,7%) пациентов и в экстренном - 130 (26,3%). Из 364 больных с «трудными ДЯ 102-м выполнены ваготомии с дренирующей желудок операции (ДЖО). В связи с тем, что хирургическая тактика у оперированных в плановом и экстренном порядке различная, больные оперированные в экстренном порядке, научному анализу не подлежали. Предметом настоящего исследования явились 262 больных с «трудными» ДЯ оперированные в плановом порядке.

Для определения типологических особенностей клинического течения, а также секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка нами проведен научный анализ при «трудных» ДЯ (262) по сравнению язвенной болезнью ДПК с неосложненным течением заболевания (94), т.е. при отсутствии «трудных» ДЯ.

Для упрощения изложения материала мы условно выделили 2 группы:

- с «трудными» ДЯ – основная группа (262 больных);
- с неосложненным течением ЯБ – группа сравнения (94 больных).

В группе сравнения ЯБ диагностирована- у мужчин в 71 (75,5%) случаев, а у женщин - в 23 (24,5%), с соотношением 3:1. Тогда как в основной группе - у мужчин в 238 (90,8%) случаев, а у женщин лишь - в 24 (9,2%), с соотношением 10:1. То есть при «трудных» ДЯ заболеваемость у лиц мужского пола существенно превалирует над лицами женского пола. При неосложненной ЯБДПК течение болезни было значительно благоприятным. При «трудных» ДЯ клиническая картина проявлялись значительно выраженными агрессивным течением заболевания. В группе сравнения обострение болезни отмечалось 1 раз в 2-5 лет в 79 (80,9%) случаев, тогда как в основной – лишь в 6 (2,4%). Обострение 2-4



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



раза в год в группе сравнения отмечены лишь в 7,4% случаев, тогда как в основной – у 215 (82%).

Для определения особенностей секреторной функции желудка нами проведено исследование и сопоставление показателей желудочного сока у больных с «трудными» ДЯ и у больных с неосложненным течением ЯБДПК. Для клинической оценки полученных результатов его показатели исследованы у 50 здоровых лиц, у которых БПК составила - $3,9 \pm 0,8$ ммоль/час, а МПК - $18,4 \pm 0,9$ ммоль/час. При этом, средние показатели БПК у пациентов группы сравнения оказались - $7,9 \pm 0,7$ ммоль/час, а в основной группе - $12,6 \pm 1,2$ ммоль/час (Достоверность не менее $p < 0,05$). Итак, в основной группе показатели БПК превышали аналогичные показатели у здоровых лиц в 3,2 раза, а по отношению к группе сравнения - в 1,5 раза. Наши исследования показали, что базальная и максимальная продукция пепсина у здоровых лиц, у группы сравнения и основной группах сохраняют аналогичную тенденцию.

Для определения особенностей функционального состояния желудка (моторно-эвакуаторной функции желудка) нами проведено исследование и сопоставление по данным рентгенологического исследования. Так у здоровых лиц (50) эвакуация из желудка имела порционно-ритмический характер. У подавляющего большинства желудок имел крючкообразную форму. При рентгенологическом исследовании пациентов группы сравнения (60 больных) по сравнению со здоровыми лицами эвакуация заканчивалась через 1 - 1,5 часа, т.е. эвакуаторная функция желудка была умеренно ускоренной. При этом, отличительными были выраженный отек слизистой и умеренная деформация слизистой луковицы ДПК. Функциональные нарушения были еще более выраженными и стойкими, что было взаимосвязано с длительностью заболевания.

При «трудных» ДЯ установив особенности клинического течения и функционального состояния желудка, основную группу (262 больных) мы условно раздели на две группы, что было связано с различиями в тактико-технических подходах к лечению. Распределение исследуемой категории пациентов на группы:

- контрольная группа - с 2001 по 2010 годы - 114 (43,5%) пациентов;
- исследуемая группа - с 2011 по 2020 годы - 148 (56,5%) пациентов.

Анализ причин неудовлетворительных результатов и накопление опыта хирургического лечения данного контингента позволил нам с 2011 года пересмотреть хирургическую тактику.

Для выполнения поставленной цели в практике нашей клиники АндГосМИ разработан и внедрен «Способ «безжомного» формирования культи желудка при ее резекции» и «Способ ушивания культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка».

Результаты исследования. Анализ причин нежелательных последствий и пересмотр хирургической тактики с учетом типологических особенностей клинического течения применением усовершенствованных методик и технических приемов операций, позволило нам улучшить **Результаты** хирургического лечения при «трудных» ДЯ и добиться искомой цели. Частота послеоперационных осложнений, связанных с



оперативным вмешательством на желудке снизились на 12,6% (с 19,3 до 6,7%), а послеоперационная летальность на 5,4% (с 6,1 до 0,7%). В основной группе осложнения общего характера снизились с 10,5 до 5,4% (снижение на 5,1%). При этом, в отдаленные сроки отличные и хорошие **Результаты** улучшились на 14,5% (с 70,7 до 85,2%), удовлетворительные, снизились на 9% (20,6 до 11,6%) и неудовлетворительные, снизились на 5,7% (8,7 до 3%).

Выводы. Таким образом, анализ причин нежелательных последствий и пересмотр хирургической тактики с учетом типологических особенностей клинического течения и широкое применение усовершенствованных методик и технических приемов операций, позволил нам снизить частоту послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством на желудке - на 12,6% (с 19,3 до 6,7%), а также послеоперационную летальность на 5,4% (с 6,1 до 0,7%).

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Эгамов С.Ш., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Тургунбоев А.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. При выполнении операций по поводу «трудных» ДЯ возникают сложности с ушиванием дуоденальной культи. Вот здесь то и таится угроза ее несостоятельности. Весьма многочисленные предложения по профилактике несостоятельности дуоденальной культи при «трудных» язвах, на наш взгляд, несравненно сложнее, чем наложение гастродуоденального анастомоза.

Цель исследования. улучшение результатов хирургического лечения язвенной болезни при «трудных» дуоденальных язвах.

Материалы и методы. Нами были проанализированы **Результаты** обследования и лечения 1567 больных по поводу ЯБДПК оперированных за период с 2001 по 2020 годы на базе кафедры хирургических болезней и урологии АндГосМИ. При этом «трудные» ДЯ диагностированы у 494 (31,5%) пациентов. Из них в плановом порядке оперированы 364 (73,7%) пациентов и в экстренном - 130 (26,3%). Из 364 больных с «трудными ДЯ 102-м выполнены ваготомии с ДЖО. В связи с тем, что хирургическая тактика у оперированных в плановом и экстренном порядке различная, больные оперированные в экстренном порядке, научному анализу не подлежали. Предметом настоящего исследования явились 262 больных с «трудными» дуоденальными язвами оперированные в плановом порядке. В группе сравнения язвенная болезнь диагностирована - у мужчин в 71 (75,5%) случаев, а у женщин - в 23 (24,5%), с соотношением 3:1. Тогда как в основной группе - у мужчин в 238 (90,8%) случаев, а у женщин лишь - в 24 (9,2%), с соотношением 10:1. То есть при «трудных» дуоденальных язвах (ДЯ) заболеваемость у лиц мужского пола существенно превалирует над лицами женского пола.



Контрольную группу составили 114 пациентов с «трудными» ДЯ, поступившие в клинику в плановом порядке за период с 2001 по 2010 годы. В целом, у пациентов контрольной группы резекция желудка (РЖ) в модификациях по Бильрот-1 выполнены у 51 (44,7%) пациентов, а РЖ в модификациях по Бильрот-11 у 63 (55,3%) пациентов.

В исследуемой группе РЖ в модификациях Бильрот-1 выполнены у 117 (79,1%) пациентов, что по сравнению с контрольной группой больше на 34,4%. Это обстоятельство имеет важное значение т.к. у этого контингента значительно уменьшается необходимость формирования дуоденальной культуры с отсюда вытекающими последствиями. В отличие от контрольной группы ни в одном случае на фоне ХНДП РЖ в модификации по Бильрот-1 не выполнялись.

В целом, у пациентов контрольной группы РЖ в модификациях по Бильрот-1 выполнены у 51 (44,7%) пациентов, а РЖ в модификациях по Бильрот-11 у 63 (55,3%) пациентов. При этом у пациентов исследуемой группы РЖ в модификациях по Бильрот-1 выполнены у 117 (79,1%) пациентов, а РЖ в модификациях по Бильрот-11 у 31 (20,9%) пациентов. То есть в основной группе число РЖ в модификациях по Бильрот-1 увеличились на 34,4%.

Результаты исследования. Осложнения общего характера, контрольной группе диагностированы у 12 (10,5%) пациентов. При этом, бронхолегочные осложнения диагностированы у 6 (5,3%) пациентов (у 2 - бронхопневмония и у 4- обострение хронического бронхита). Всем больным проведен курс антибиотикотерапии, дыхательная гимнастика, вибромассаж и физиотерапевтические процедуры с благоприятным исходом. В целом, в исследуемой группе пациентов осложнения общего характера снизились с 10,5 до 5,4% (снижение на 5,1%).

Выводы. Таким образом, внедрение новых подходов в хирургическом лечении «трудных» ДЯ, позволило снизить частоту послеоперационных осложнений характерных для операций на желудке с 19,3 до 6,7%, послеоперационную летальность с 6,1 до 0,7% и осложнения общего характера - с 10,5 до 5,4%. В отдаленные сроки отличные и хорошие **Результаты** улучшились с 70,7 до 85,2%, удовлетворительные, снизились с 20,6 до 11,6% и неудовлетворительные – с 8,7 до 3%.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Эгамов Ю.С., Ибрагимова М.А., Сулаймонов Х.Ж.

Андижанский Государственный медицинский институт

Неспецифический язвенный колит вызывает выраженное ослабление защитных функций организма. Глубина иммунологических сдвигов находится в прямой зависимости от степени тяжести клинического течения язвенной болезни. Неспецифический язвенный колит с наследственным фактором сопровождается угнетением фагоцитоза, уменьшением содержания пропердина, комплемента, снижением активности и



количества Т-лимфоцитов при незначительном увеличении количества В - лимфоцитов и росте количества О - клеток.

В основу настоящей работы положены **Результаты** клинико-иммунологического исследования 185 больных дуоденальной язвой с наследственным фактором. Большинство больных (71,2%) были в возрасте от 21 до 50 лет. Было мужчин 78 больных и женщин 107 больных. Больные были разделены на 2 сопоставимые группы: контрольную (66), у которых в послеоперационном периоде региональная лимфоиммуностимуляция не проводилась и основную (120 больных), у которых проводилась региональная лимфоиммуностимуляция. Все больные перенесли различные виды гемиколэктомии.

В послеоперационном периоде региональную лимфостимуляцию проводили через брыжейку тонкой кишки. Анализ иммунологических показателей до и после операции в основной группе больных неспецифическим язвенным колитом с наследственным фактором показал, что применение региональной лимфостимуляции обуславливает увеличение (при исходном понижении) абсолютного и относительного количества лимфоцитов ($p < 0,01 - 0,001$), при этом увеличивается до нормы количество Т-лимфоцитов ($p < 0,05 - 0,01$), а количество В-лимфоцитов понижается до нормы ($p \leq 0,01$). Исследование содержания сывороточных иммуноглобулинов показало модулирующий эффект проведенного метода, исходно повышенный их уровень снижался, приближаясь к норме ($p < 0,05 - 0,01$).

В контрольной группе сдвиги в показателях иммунного статуса больных язвенным колитом после операции характеризовались нарастающим иммунодефицитом. Особо отмечалось отрицательное воздействие операции на иммунологические показатели, выражающиеся еще большей степенью снижения количества Т - лимфоцитов.

Таким образом, полученные данные дают основание говорить о нарушении иммунного гомеостаза у больных неспецифическим язвенным колитом с наследственным фактором, особенно у больных с осложненными формами болезни. Эти иммунологические нарушения еще больше усугубляются в послеоперационном периоде, особенно у тех больных, у которых не проводится иммунокоррекция.

Выводы: 1. Региональная иммуностимуляция, проводимая в послеоперационном периоде через брыжейку кишки при удалении различной части толстой кишки, более быстрое восстановление функции оперированного желудка.

2. Повышение общего иммунитета и местного иммунологического статуса, в более ранней ликвидации микроциркуляторных расстройств и отека оперированного желудка и кишечника, восстановление двигательной, секреторной и гормональной деятельности желудочно-кишечного тракта.



ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЕ У ДЕТЕЙ.

Ходжанов И. Ю. Эдилов У.А.

ГУ Республиканский Специализированный Навучно- Пратический Медицинский Центр Травмотологии и Ортопедии (ГУ РСНПМЦТО)

г.ТашкентЛечения больных переломов дистального конца костей предплечье остаётся актуальной проблемой детской травматологии. Главной особенностью переломов костей предплечья у детей являются самые разнообразные повреждения тех участков костей предплечья, за счет которых осуществляется основной рост костей: эпифизеолиты и остеоэпифизеолиты. Все осложнения можно разделить на нарушения функционального и анатомического характеров: К функциональным нарушениям относят боли в области лучезапястного сустава, встречающиеся в 19% случаев, вследствие повреждения веточек срединного и лучевого нервов и ограничение движений в суставе из-за повреждения мышц и сухожилий, проходящих через область, лучезапястного сустава, отмечающихся в 5-16% случаев. У детей, в зависимости от возраста, допускаются различные остаточные угловые деформации при лечении дистальных переломов лучевой кости, которые могут привести к укорочению длины лучевой кости и, как следствие, лучевой девиации кисти. Травматическое воздействие на лучевую кость оказывает либо стимулирующее, либо регрессивное влияние на процессы синостозирования дистального эпифиза с метафизом. Раннее синостозирование способствует возникновению деформации- типа Маделунга, прогрессирование которой способствует возникновению косоруконости. Осложнения острая трофоневротическая костная атрофия Зудека и неврит срединного нерва (болезнь Турнера).

Лечение перелома лучевой кости в типичном месте может сопровождаться такими ошибками, как:Неполная репозиция: Отсутствие контроля за состоянием отломков в гипсовой повязке (риск вторичных смещений), недостаточная по времени и объему иммобилизация, пренебрежение реабилитационными мероприятиями.

Целью нашего исследования является улучшение исходов лечения больных с дистальными переломами костей предплечья у детей на основе изучения выбор метода лечения при различных вариантах консервативной и хирургической тактики.

В клинике РСНПМЦТО отделения общач ортопедия находилось на лечении 21 больных с переломами дистального конца педплечя. Большинство больных были в возрасте от 6 до 10 лет (81 - 61%). Повреждения в 2 раза чаще встречались у мальчики (88 - 66,6%). Травма правого предплечья наблюдалась у 13 (61,9%) больных, левого - 8 (38,1%).

Выводы:

Данные литературы и наши наблюдения подтверждают высокий процент переломами дистального конца костей предплечье у детей.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



В наших наблюдениях все больные имели застарелые повреждения дистального конца костей предплечья у детей, что было связано с поздним обращением за медицинской помощью, ошибками диагностики, а после устранения перелома в амбулаторных условиях сложностью сохранения достигнутой репозиции и предотвращения вторичных смещений. В зависимости от характера повреждений и срока, прошедшего с момента травмы в клинике применялись следующие способы оперативных вмешательств.

Оценить динамику состояния при лечении дистальных переломов костей предплечья у детей при консервативной и оперативном методах лечения.

Разработать лечебно-тактический алгоритм для прогнозирования последствий при выбранных методах лечения

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ВЫЧИСЛИТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАЗРАБОТКЕ ИННОВАЦИОННЫХ ПРОДУКТОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Эргашев Х.М

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Состояние проблемы. Возможности нашего восприятия ограничивают трехмерное мышление, затрудняют понимание расположения объектов, находящихся один под другим. В то же время изучение только внешней видимой формы органов и анатомических образований человека является узким и ограниченным разделом познания, эти данные должны дополняться одновременным восприятием не только визуальной характеристики органов и тканей, но и интегральной оценкой всех ее свойств. Важнейшим принципом вычислительной анатомии является подход, определяющий, что данные в анатомии человека с точки зрения информатики могут быть представлены слоями. Различные слои данных, к примеру, представляют собой карту текстур, карту эластических свойств, карту электрической активности, микроскопические данные. Их сочетание, например, в суперкомпьютерном моделировании позволяет эффективно получать новые фундаментальные и прикладные данные, ранее недоступные. Изучение топологии трехмерных границ органов и анатомических образований человека с математически обоснованным описанием расположением каждой точки внутри тела человека является предметом нового раздела морфологии – 3D анатомии, или трехмерной анатомии.

Методы. Для реализации фундаментальных методологических подходов к изучению вычислительной анатомии в АГМИ под руководством тфн доцент Б.Ю.Маматова была



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



разработана высокореалистичная анатомическая модель человеческого тела при создании атласа трехмерной анатомии «In Body Anatomy». На основе данной модели построен программно-аппаратный комплекс для виртуальной работы с трехмерной моделью человеческого тела интерактивный анатомический стол «Пирогов», представляющий собой вклад российской академической науки в мировую практику изучения анатомии. Разработанный интерактивный стол позволяет изучить анатомический слой целиком, а не отдельные объекты системы, включая взаимосвязь органов и систем человеческого тела; существенно расширяет сферу применения обучающего материала за счет предоставления дополнительных функций: возможность сравнения различных анатомических объектов между собой (включая норму и патологию), изучения дополнительных диагностических материалов (данные КТ, МРТ, УЗИ). Интеграция 3D-viewer, разработанного в ЦПИ «IT-Медицина» АГМИ, позволяет загружать цифровые данные реальных больных в формате DICOM, по которым программа автоматически строит трехмерную модель и **Выводит** на экран интерактивного стола. Таким образом, данную разработку можно применять в клинической практике. Стол включает несколько режимов работы: просмотр – для интерактивной работы с 3D-объектами; сравнение парных органов, нормы и патологии, а также различных патологий между собой; возможность просмотра гистологических срезов органов в норме и патологии; диагностика – для получения дополнительной диагностической информации: данные КТ, МРТ, УЗИ; «пироговские срезы» – имеется возможность сделать срезы в 3 плоскостях с возможностью просматривать послойное строение анатомической модели; 3D-реконструкция – с помощью 3D-viewer, разработанного в АГМИ, можно построить трехмерную модель органов реального больного на основе данных формата DICOM, полученных при КТ, МРТ или УЗИ; «проверка знаний» – для составления тестов для проверки качества полученных знаний. Ведется разработка учебных модулей, которые позволят проводить занятия по топографической анатомии, используя интерактивный анатомический стол «Пирогов». Большую информационную ценность имеют данные лучевых исследований строения и функций органов.

Результаты. Данный подход реализован коллективом кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии с курсом инновационных технологий на базе ЦПИ «Информацион-ные технологии в медицине» и научно-производственного Технопарка АГМИ при выполнении государственных контрактов Минпромторга России «Анатомия» и «Автоплан». В результате созданы ресурсы, которые накапливают анатомические данные, получая их при анализе данных DICOM. Важным применением методик вычислительной анатомии является ее использование при моделировании хирургических операций. Для решения данной проблемы на базе АГМИ при финансовой поддержке Министерства образования и науки УЗБ реализуется проект «Создание средств разработки программного обеспечения для самостоятельного формирования медицинским сообществом решений в среде симуляционных технологий в медицине с возможностью их распространения и обмена в системе здравоохранения и медицинского образования» .



Выводы. Таким образом, изучаемая в таком ключе морфология человека становится одной из наиболее актуальной дисциплин, бурно развивающейся и имеющей высокое фундаментальное и прикладное значение. То, что ее реализация возможна только с использованием электронно-вычислительных машин, является еще одним достижением человеческого разума, гуманистической победой на пути человечества к познанию основ мироздания.

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ИСКУССТВЕННЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ

Эргашев Х.М

**Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи,
АГМИ**

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Большинство неблагоприятных исходов у пациентов, переживших острейший период острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), связано с септическими осложнениями на фоне продленной ИВЛ, а из них приоритетна нозокомиальная пневмония, ассоциированная с необходимостью искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Риск инфекционных осложнений обусловлен, прежде всего, самим фактом создания искусственных дыхательных путей. Преимущество, безусловно, принадлежит трахеостомическим канюлям, как средству улучшить биомеханику дыхания по сравнению с использованием относительно длинных эндотрахеальных трубок. Нам представилось актуальным исследование, направленное на выявление связи нозокомиальной пневмонии со способом обеспечения проходимости дыхательных путей при длительной ИВЛ.

Цель исследования. Наглядно показать, что метод наложения транскутанной дилатационной трахеостомы можно считать методом выбора для создания искусственных дыхательных путей, поскольку она обеспечивает снижение риска нозокомиальной пневмонии, путем доказанного снижения частоты ее развития и улучшает прогноз.

Материалы и методы исследования. Проспективное клиническое исследование с рандомизацией блочным методом выполнено в 2019-2022 годах на базе Отделения анестезиологии и реанимации, АГМИ. После применения критериев исключения сформировано три группы пациентов. В группу I (31 участник) вошли пациенты, которым поддержание проходимости дыхательных путей до окончания времени наблюдения обеспечивалось продленной интубацией трахеи. Эта группа рассматривалась как группа сравнения. Пациентам группы II (30 человек) к началу четвертых суток искусственной вентиляции легких выполнена



трахеотомия обычным хирургическим способом; пациентам группы III (30 человек) к началу четвертых суток искусственной вентиляции выполнена дилатационная транскутанная трахеотомия. В каждой группе выделено по две подгруппы: «а» - заболевание закончилось благоприятно, то есть, переводом в профильное отделение с последующей выпиской из стационара; «b» - летальный исход. Этапы исследования: 1 – первые сутки после интубации трахеи; 2 – третьи сутки наблюдения в ОРИТ (до наложения трахеостомы пациентам из групп II и III); 3 – пятые сутки наблюдения, то есть, вторые сутки после наложения трахеостом пациентам групп II и III; 4 – седьмые сутки наблюдения в ОРИТ и, соответственно, трое суток после наложения трахеостом пациентам групп II и III. Оксигенационную функцию легких оценивали по индексу Горовица (PaO_2/FiO_2). Выраженность и скорость нарастания воспалительной реакции и присоединение инфекции регистрировали по концентрации пресепсина по стандартной методике PATHFAST. Диагноз нозокомиальной пневмонии подтверждали оценкой по Шкале клинической оценки инфекций легких (Clinical Pulmonary Infection Score, CPIS) по Pugin et al. (2008год).

Результаты и их обсуждение. Проанализировав **Результаты** мы пришли к **Выводу**, что, независимо от способа обеспечения проходимости дыхательных путей, у пожилых пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения уже к третьим суткам искусственной вентиляции легких уровень пресепсина в плазме свидетельствовал о возможности сепсиса. К пятым суткам наблюдения концентрация пресепсина продолжала повышаться, при этом быстрее и выше нарастали значения показателя у пациентов с последующим неблагоприятным исходом, превышая 500пг/мл у всех пациентов из подгрупп «b». К седьмым суткам ИВЛ для всех пациентов с последующим неблагоприятным исходом были характерны значения пресепсина более 1000пг/мл, что соответствовало высокому риску тяжелого сепсиса и септического шока. Снижение индекса « PaO_2/FiO_2 » до значений менее 200мм.рт.ст и повышение оценки по шкале CPIS до 7 и более баллов также были характерны для пациентов с последующим летальным исходом, но, в отличие от пресепсина, достигали критических значений только к седьмому дню наблюдения. Летальность в группах I и II статистически незначимо отличалась, а в группе III была существенно ниже, чем в упомянутых группах (χ^2 6.429; $p=0.011$).

Заключение. В работе наглядно показано преимущество транскутанной дилатационной трахеостомии перед хирургической трахеотомией и продленной интубацией трахеи по частоте развития септических осложнений, поскольку других отличий в состоянии пациентов и терапевтической тактике не было.



ЛАКТАТ КРОВИ ПРИ РЕСТРИКТИВНОМ ПОДХОДЕ К ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Эргашев Х.М.

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Актуальность. Инфузионная терапия (ИТ) – краеугольный камень терапии критических состояний. Известно, что при трудно корригируемых расстройствах кровообращения инфузионные растворы приходится применять в больших объемах, что ведет к гипергидратации тканей. Избыточная гипергидратация, особенно в условиях повышенной сосудистой проницаемости, при патологии почек, сердца и легких ведет к ишемии органов, полиорганной недостаточности и повышает летальность. Поэтому интерес к рестриктивной ИТ, направленной на ограничение патологической кумуляции жидкости в организме и профилактике гипергидратации, понятен. Данная проблема находится на стадии изучения и накопления клинического опыта. Обсуждаемые в литературе варианты рестрикции – ограничение объема инфузий, ограничение сосудистой емкости симпатомиметиками, применение диуретиков и заместительной почечной терапии могут быть эффективными, если они не нарушают и поддерживают адекватную перфузию тканей. В настоящее время для оценки тканевой перфузии широко применяется мониторинг лактата крови.

Цель работы. Оценить тканевую перфузию по показателям лактата крови при рестриктивном подходе к инфузионной терапии, предпринятом для профилактики и снижения прогрессирования гипергидратации.

Материал и методы. У онкологических больных при резекции легких с эпизодами артериальной гипотензии, у больных с тяжелой травмой, которым после операции и восполнения кровопотери требовалась коррекция артериальной гипотензии, у больных, нуждающихся в связи с авиа/автотранспортировкой в предтранспортиной инфузионной подготовке анализировались данные лактата крови в течение 1-2 суток при либеральном и рестриктивном подходе к инфузионной терапии. Рестриктивный подход состоял во включении в ИТ метода малообъемного восстановления гемодинамики (small volume hypertonic resuscitation) – инфузий гипертонического (7,5%) раствора хлорида натрия с коллоидом (ГР) 2-4 мл/кг для коррекции артериальной гипотензии в противоположность либеральному – с использованием для этих целей изотонических растворов коллоидов и кристаллоидов. Также мониторировали жидкостный баланс, анализировали продолжительность гиперлактатемии и скрытой («окультурной») гипоперфузии.

Результаты. У 80 пациентов во время анестезии и операции резекции легкого уровень лактата крови оставался в пределах нормы как через 10 минут после возникновения гипотензии, так и через такое же время после восстановления АД. При



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



либеральной тактике ИТ у 40 больных объем инфузий за первые сутки составил 3740 ± 293 мл, диурез 1220 ± 106 мл. Включение в ИТ ГР позволило снизить суточный объем инфузий до 1750 ± 186 мл вводя дополнительно 500 мл жидкости перорально при диурезе $950 \text{ мл} \pm 100$ мл. После экстубации уровень лактата у больных, получивших ГР, был достоверно ниже ($0,65 \pm 0,2$ ммоль/л), по сравнению с остальными ($2,1 \pm 0,6$ ммоль/л).

Из 102 пациентов с тяжелой травмой, послеоперационной гипотензией и гиперлактатемией на фоне системной воспалительной реакции 50 из них проводилась терапия изотоническими растворами (4860 ± 620 мл/сутки, диурез $1450 \pm 84,5$ мл), а 52 больным в ИТ включали ГР (общий объем инфузий 4750 ± 720 мл/сутки). При этом при рестриктивном подходе отмечали значительное увеличение диуреза под влиянием ГР – до 2680 ± 320 мл, что способствовало нормализации жидкостного баланса. При либеральной тактике терапии гиперлактатемия у большинства больных сохранялась до 24 часов, из них 15-18 часов приходилось на оккультную гипоперфузию. Включение в терапию ГР позволило нормализовать уровень лактата через 8 часов и ограничить продолжительность оккультной гипоперфузии до 7 часов.

Из 30 пациентов с предтранспортиной инфузионной подготовкой коррекция гипотензии 14 из них проводилась 3600 ± 380 мл изоосмолярных растворов, что не предотвращало повышения уровня гиперлактатемии с $6,07 \pm 1,6$ ммоль/л до $6,54 \pm 1,78$ ммоль/л в связи с транспортировкой. Остальным 16 больным в состав ИТ включали ГР при общем объеме инфузий 2400 ± 522 мл, при этом аналогичного повышения уровня гиперлактатемии не наблюдалось.

Заключение. Для предупреждения и ограничения гипергидратации вариантом выбора при рестриктивном подходе к инфузионной терапии может быть включение в неё гипертонического раствора хлорида натрия. Свойственные этому раствору механизмы действия – привлечение жидкости в сосудистое русло и инодиляция способствуют поддержанию тканевой перфузии, а стимуляция диуреза препятствует кумуляции жидкости.

Исход индуцированных родов при использовании амниотомии и гландина E2 в зависимости от сроков гестации и возраста.

Эркинова Наима Гайрат қизи

Андижанский государственный медицинский институт

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель : доцент Юлдашева О. С.

Введение. По доступным данным частота ИР за последние 20-25 лет возросла более чем в 2-2,5 раза. В развитых странах примерно каждые четвертые роды являются индуцированными, примерно у 43% первородящих женщин возникает необходимость в ИР. Программа безопасного материнства предлагает разработку технологий индукции, позволяющие снизить процент осложнений и оперативного вмешательства.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Методы исследования. Были использованы 40 историй индуцированных родов рожениц родильного дома №2 для ретроспективного анализа в качестве материалов в исследовании.

Результаты исследований: По методу использованной индукции ретроспективный анализ позволил разделить истории на 2 группы: в 1 группу вошли 16 рожениц, у которых в качестве основного метода индукции был использован Амниотомия, а во второй группе гландин E2 был использован как основной метод индукции родовой деятельности. По сроку гестации пациентки в группах разделились в следующей последовательности: в первой группе 37-38 недель (1) 39-41 неделя (9) 42недели(6); во второй группе 2, 8, 4 беременных соответственно. По возрасту в 1 группе роженицы были в возрасте от 18- 35 лет (средний возраст 26,5); во 2 группе в возрасте от 19-30 (средний– 24,5). Эффективность индуцированных родов в 1 группе составила у 13 женщин. Во второй группе у 10 рожениц. В качестве дополнительных методов стимуляции была использована амниотомия, что привело к увеличению эффективности индукции.

Заключение. В результате клинического анализа проведенного исследования были сделаны следующие

Выводы : 1. Возраст не имеет решающего значения при выборе индукции родов.2. успех проводимого родовозбуждения полностью зависит от правильно выбранного метода индукции и определяется готовность организма беременной к родам. 3. Амниотомия должно быть рекомендовано только при наличии “зрелой” шейки матки.

ПОДГОТОВКА ШЕЙКИ МАТКИ ПРОСТОГЛАНДИНОМ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Эркинова Н.Г., Юлдашева О.С

Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра акушерства и гинекологии

Введение. По результатам данных ВОЗ, частота индуцированных родов во всем мире в течение последних десятилетий неуклонно возрастает и на данный момент составляет 20-25%. Установлено, что эффективность родовой деятельности зависит от степени подготовленности организма женщины к родам.

Материалы исследования. Проводился анализ 136 рожениц в течение 5 месяцев в родильном комплексе №2 города Андижан у женщин, которым с **Целью** подготовки шейки матки к родам назначали гландин E в виде свечи во влагалище.

Результаты исследования. В ходе проведенного анализа историй родов показания для индукции родов со стороны матери составили: перенашивание беременности - 63 случая -46,3%, дородовый разрыв околоплодных оболочек - 32 случай – 23,5%, беременность, которая осложнилась преэклампсией и другими гипертензивными состояниями, обусловленными беременностью, а также экстрагенитальные заболевания



матери - 23 случаев - 22,4 %. На фоне индукции родов кесарево сечение было проведено: в 27.7% (5 случаев) - по угрожающему состоянию плода, в 6 случаях из-за слабости родовой деятельности на фоне родовозбуждения, что составило 33.3 % от числа прооперированных женщин, в 16.5% (3 случаев) - по поводу безэффективности родовозбуждения, 2 случая тазо-головная диспропорция (11.11 %) от числа операций кесарева сечения, и 2 случая, т.е 5.5% - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Осложнениями при индуцированных родах через естественные родовые пути были представлены травматизмом мягких тканей родовых путей (разрывы влагалища 1 степени, промежности, шейки матки, - в 5 случаях (4.2%) от общего количества индуцированных родов, эпизотомии - 3 случаев – 2.5%, все из которых были произведены по поводу угрожающего состояния плода).

Закключение. Предварительная подготовка шейки матки простагландинами снижает процент кесаревых сечений, что сейчас активно используется в качестве преиндукции при неподготовленности родовых путей и разрыве плодных оболочек.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

О.Ш. Эшонов., А.Р.Ярашев., С.С.Султанов.,Б.И.Курбанов.,Ж.К.Шабаев
Бухарский государственный медицинский институт.

Актуальность. Доминирующим фактором неблагоприятного исхода у пострадавших в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) является прогрессирующее развитие отека головного мозга. Увеличение объема мозга сопровождается развитием вторичных патологических изменений и нарушением жизненно важных функций. В связи с этим обоснован поиск адекватных терапевтических методов лечения для повышения эффективности коррекции синдрома внутричерепной гипертензии (ВЧГ).

До настоящего времени лекарственный препарат с достаточной доказательной базой и убедительным эффектом на посттравматический отек головного мозга отсутствует. Вместе с тем, широкое оперативное вмешательство имеет ограниченные показания.

Имеются указания на то, что лимфатический отток нарушается у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой. Не исключено, что лимфатическая система принимает участие как в механизмах повышения ВЧД, так и в компенсаторных механизмах, направленных на его снижение. В настоящее время активно изучаются молекулярные механизмы развития ОГМ и ведутся поиски мишеней для таргетной терапии. Поэтому необходим поиск новых методов для непосредственного влияния на патогенетическое звено посттравматического отека мозга в целях снижения выраженности отёка мозга.

Цель. Изучение эффективности лимфотропной противоотёчной терапии при ТЧМТ.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Материалы и методы. В отделение нейрореанимации Бухарского областного филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, обследовано 55 пациентов с ТЧМТ, в возрасте 32 до 65 лет (средний возраст $56,3 \pm 3$ лет). Были сформированы 2 группы. Пациенты группы сравнения ($n=20$) получали стандартную интенсивную терапию. Пациенты основной группы ($n=35$) в комплексе стандартной интенсивной дополнительно получали лимфотропную противоотечную терапию.

Основные параметры сравнения: оценка уровня сознания по Шкале Ком Глазго (ШКГ), картины глазного дна на первые, пятые сутки ЧМТ и при переводе из отделения нейрореанимации в профильное отделение, летальность, длительность нахождения в палате реанимации. Лимфотропное подкожное **Введение** лекарственной смеси осуществляли субмастоидально справа или слева ежедневно, всего 5 раз, в составе: лидокаин 2%-1мл, дексаметазон 4мг-1мл, 10% р-р глюкозы 3мл. в одном шприце.

Результаты исследования. На момент первой оценки по ШКГ **Результаты** в группе контроля составили $8,1 \pm 1,3$ баллов, а в основной группе - $7,5 \pm 1,4$ баллов, соответственно, что свидетельствует о сопоставимости групп данного исследования. На фоне стандартной интенсивной терапии на 5 сутки отмечалась тенденция к улучшению оценки по ШКГ у пациентов контрольной группы: с $8,1 \pm 1,3$ баллов до $9,84 \pm 1,26$ баллов, соответственно, при этом $p > 0,05$. Летальность в течение первых пяти суток ЧМТ в контрольной группе составила 5 пациентов. Но выживаемость пациентов после 5-ти суток ЧМТ в группе контроля была 76 %. После лимфотропной терапии на 5 сутки отмечалось достоверное улучшение оценки по ШКГ у пациентов основной группы: с $7,6 \pm 1,7$ баллов до $10,78 \pm 1,23$ баллов, соответственно. Летальность в течение первых пяти суток после ТЧМТ в основной группе наблюдалась у 2 пациентов. Перевод в профильное отделение после 5 суток пребывания в отделении реанимации состоялся во всех 33 случаях, при этом отмечалось дальнейшее улучшение оценки по ШКГ до $12,88 \pm 1,20$ баллов, но это было статистически малодостоверно, $p > 0,05$. Выживаемость пациентов после 5 суток ЧМТ в основной группе была 100 %.

Выводы.

1. Использование подкожных субмастоидальных лимфотропных инъекций при лечении острой ТЧМТ способствует более быстрому регрессу отека мозга, отмечается более раннее восстановление функций ЦНС (по ШКГ), уменьшение летальности и срока пребывания в палате реанимации по сравнению контрольной группой со стандартной терапией.
2. Это позволяет сделать **Вывод** о включении в комплексное стандартного лечения предложенного метода лимфотропной противотечной терапии больным с ТЧМТ.



ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ ВЫЗВАННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМИ ШТАММАМИ

Эшонхужаев О.О., Халилов А.Н., Умархужаева М.И.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Малярия (Malaria) - острое, а в ряде случаев затяжное паразитарное заболевание, характеризующееся судорожным ознобом, повышением температуры тела, поражением паренхиматозных внутренних органов, развивающейся анемией, вызванной малярийным плазмодием, склонностью к рецидивам. Хотя в последние годы был достигнут большой прогресс в лечении малярии, к сожалению, растет число устойчивых к лекарствам штаммов этой болезни.

Цель исследования. Обзор методов лечения тропической малярии, вызванной лекарственно-устойчивыми штаммами.

Материалы и методы исследования. Лекарственно-устойчивые малярийные паразиты делятся на две группы: первичные и вторичные. Первичная резистентность обусловлена генетическим составом этого штамма и известна с самого начала применения противомалярийных препаратов. Вторичная или приобретенная толерантность – появляется после определенного периода применения лекарственных средств, изначально хорошо подействовавших на организм больного.

Результаты и обсуждения. При резистентной к хлорохину тропической малярии в основном применяют следующие препараты: хинин, мефлоксин, сульфаниламиды, сульфоны, приметамин, триметоприм и тетрациклин. Или комбинированные препараты – фансидар, фансимеф, метакельфин, дарахлор, кампоприм.

Хинин для взрослых 2,0 гр. в сутки. Пить в 3 приема, детям по 10мг/кг в сутки, в течение 7-10 дней. Или по 2 гр. на 3 дня хинина и по 1,0 гр. тетрациклина или доксициклина по 0,2 г в сутки, в течение 7-10 дней.

Следующая схема - Хинин по 2,0 гр в день в течение 3х дней и фансидар (0,5 г сульфадоксина и 0,025 г приметамина в одной таблетке) по 3 таб. в один прием, детям от 6 недель до 4 лет - ½ таб., 4-8 лет - ¼ таб., 8-14 лет - 1-2 таб. одна доза в день. Метакельфин (сульфален и приметамин) назначают по той же схеме. Фансидар и мефлоксин вместе с фансимефой (1 таблетка 0,25 мефлоксина, 0,5 г сульфадоксина и 0,025 г приметамина) по 2-3 таблеток за раз дают очень хороший результат.

5% раствор хлорохина выпускается в ампулах по 5 мл. При тяжелой форме малярии, вызванной штаммом, чувствительным к хлорохину, вводят внутривенно или внутримышечно по 20-30 мг/кг в сутки в 3 приема через каждые 6-8 часов. При внутривенном введении к 250-500 мл изотонического раствора глюкозы добавляют 40-60 капель в минуту. С

Целью предупреждения коллапса у детей раннего возраста его вводят только в мышцу (8-10мг/кг 5% раствора).



Выводы. Если количество малярийного паразита в крови высокое, несмотря на 2-3 дня лечения, это указывает на штамм, устойчивый к хлорохину. В таких случаях хлорохин следует заменить другими препаратами, включая хинин или фансидар. Существует 3 вида солей хинина: хинина сульфат и хинина гидрохлорид - в порошке, таблетках и капсулах, а хинина дигидрохлорид выпускается в виде 25-50% раствора в ампулах по 1 мл. Хинин вводят внутривенно из расчета 5-10 мг/кг на дозу взрослым и подросткам с интервалом 6-8 часов, по 40-68 капель в минуту в 250-500 мл изотонического раствора глюкозы 3 раза в сутки. После того как состояние больного улучшилось, теперь ему прописывают таблетированную форму лечения.

Одновременно проводят и патогенетическое лечение: полиглюкин, реополиглюкин, солевые растворы, глюкокортикостероиды, осмотические диуретики (маннитол) и салуретики (лазикс), гидрокарбонат натрия, препараты, улучшающие сердечно-сосудистую деятельность, витамины, кровь и препараты крови, гемодиализ и перитонеальный диализ.

АКТУАЛЬНОСТЬ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХОБЛ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Эшонхужаев О.О., Халилов А.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин смерти во всем мире, причем в отличие от большинства других заболеваний ее эпидемиологические показатели продолжают расти. Болезнь проявляется наряду с легочными существенными внелегочными проявлениями и серьезными сопутствующими заболеваниями, которые могут дополнительно отягощать течение ХОБЛ на сегодняшний день занимает уже 4-е место по причине смертности в США и в Европе. В последние 20 лет заболеваемость ХОБЛ среди женщин увеличилась в 2 раза. Прогноз ХОБЛ к 2030 году станет 3-й причиной смертности и 5-й причиной приводящей к хронической инвалидности больных. Если в 1990 г. смертность от ХОБЛ составила 3,5-4% (> 2 млн), то в скором будущем она может увеличиться до 8-9% (4-5 млн).

Цель исследования. Изучение этиологических, патогенетических и клинико-лабораторно-инструментальных критериев дифференциальной диагностики хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы.

Материалы и методы. Материалом данного исследования послужило анализ данных мировой научной литературы.

Результаты и обсуждение. Хроническая обструктивная болезнь легких – заболевание, при которой обструкция бронхов не полностью обратима. Обычно



обструкция бронхов является прогрессирующей и связана с «абнормальным» воспалительным ответом легких на вдыхание пылевых частиц и газов. ХОБЛ - заболевание, которое можно предотвратить и лечить, и характеризуется ограничением воздушного потока, не полностью обратимым. Ограничение воздушного потока является обычно прогрессирующим и сопровождается «абнормальным» воспалительным ответом легких на вдыхание пылевых частиц или газа, вызываемый в первую очередь курением сигарет.

Этиология и патогенез ХОБЛ - раздражающий агент, например курение сигарет, газы, пыль. Воспаление дыхательных путей при ХОБЛ CD8+ Т лимфоциты, макрофаги, нейтрофилы. Бронхиальная обструкция при ХОБЛ необратимая и прогрессирующая.

Этиология и патогенез бронхиальной астмы – чувствительный агент, воспаление дыхательных путей при астме CD4+ Т лимфоциты, эозинофилы. Бронхиальная обструкция при астме обратимая.

Таким образом, ХОБЛ является «зонтиком» для отражения патологических изменений в легких - эмфиземы легких, воспаления мелких дыхательных путей и гиперсекреции слизистых желез. Эти изменения приводят к хроническому ограничению воздушного потока или бронхиальной обструкции, медленно прогрессирующей и преимущественно неполностью обратимой/необратимой.

Выводы. По модели NHANES III, определенная в соответствии с известным статусом курения людей, ХОБЛ должна составлять: >16 млн человек в США (диагностируется 2.4-7 млн) 1.5 млн - в Испании, 3.0 млн – в Великобритании, 2.7 млн – в Германии, по 2.6 млн – в Италии и Франции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМ СИНДРОМОМ ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА

Югай И.А.

Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр ней
рохирургии

Ташкент, Узбекистан

Дизрафические заболевания – врожденный порок развития встречается от 1:1000 до 1:1500 новорожденных и часто имеет неблагоприятный прогноз по выздоровлению (Ferreira Furtado LM 2020, Сысоев К.В. 2017) с высокой вероятностью инвалидизации. Если при менингоцеле прогнозы на выздоровление хорошие, то при различных вариантах фиксации спинного мозга велика вероятность сохранения или усугубления неврологического дефицита.

По данным различных авторов (Geyik M., Alptekin M., Erkutlu I. 2015) 30-60% пациентов, оперированных, как правило в младенчестве, требуют проведения повторных



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



вмешательств через 2-10 лет в связи с развитием проявления так называемого вторичного тетринг-синдрома или вторичного фиксированного спинного мозга (secondary tethered cord syndrome). Эти проявления связаны с динамическим усугублением спинальной и корешковой проводимостью спинного мозга, вследствие нарастающего его натяжения (McVeigh LG, Anokwute MC, Belal A. 2021). В литературе имеются ограниченное количество данных о синдроме нарастания натяжения спинного мозга, после проведенной первичной операции по поводу спинального дизрафизма (Ohe N, Futamura A. 2000, Samantha Horn, Michael Moses 2020).

Цель исследования. Рассмотреть частоту возникновения фиксации спинного мозга после операций по поводу открытой и скрытой спинальной дизрафии и проанализировать факторы, которые могут влиять на появление этого осложнения. Мы также имели **Цель** найти хирургические меры во время первичной операции, которые могли бы предотвратить возникновение повторной фиксации спинного мозга.

Материалы и методы. Нами исследовано 227 пациентов, из которых 75 имели нарастающие признаки повторной фиксации, после когда-то проведено оперативного вмешательства. Мы рассмотрели медицинские карты пациентов, подвергшихся хирургическому лечению при открытом спинальном дизрафизме (n=111) или скрытой спинальной дизрафии (n=116) в период с 2012 по 2022 гг., у которых развился синдром натяжения спинного мозга.

Результаты и обсуждения. У 31 из 111 (27,9%) пациентов со Spina bifida и у 44 из 116 (37,9%) пациентов с закрытым дизрафизмом развились клинические симптомы и признаки фиксации спинного мозга через интервалы от 1 года до 7 лет после первоначальной хирургической коррекции. Показания к повторному хирургическому вмешательству основывались в основном на клинических данных, данных МРТ и данных ЭНМГ исследования. Послеоперационный фиброз и рубцы был постоянной находкой во всех случаях, которые и явились основной причиной повторной фиксации. Другие хирургические находки включали опухоли кожного происхождения - дермоиды (n = 3), стеноз канала (n = 4), рецидив костных шипов (n = 5), остаточную и переходную липому (n = 11) и плотную гиалинизированную нить (n = 7). Послеоперационное состояние из 75 больных, перенёвших повторную операцию у 61(81,3%) улучшилось, у 9 не изменилось и у 5-х ухудшилось. 4 пациентов перенесли 3-ю операцию по устранению фиксации спинного мозга.

Выводы. Неврологическое ухудшение не является обязательным следствием естественного течения болезни у пациентов с открытой и закрытой спинальной дизрафией. Раннее или позднее клиническое ухудшение скорее всего связано с рефиксацией спинного мозга и требует своевременного обследования и хирургического вмешательства.

Результаты хирургического вмешательства были положительными, так как у 93,3% пациентов наблюдалось улучшение, а у 6,6% - стабилизация их состояния, которое в противном случае бы ухудшилось.



ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Юлдашев М.А., Тошбоев Ш.О., Бозоров Ш.Т.,

Андижанский государственный медицинский институт, город Андижан.

Актуальность. Проблема лечения детей с аноректальными пороками (АРП) в современной хирургии является одной из самых обсуждаемых тем. В поле зрения авторов в настоящее время преобладают высокие формы. Низкие формы АРП, по мнению А. Репа, и ряда других авторов, считаются наиболее перспективными, с точки зрения оперативного лечения и функционального результата. Данное утверждение основывается на высокой частоте встречаемости порока, редко осложненной сопутствующими аномалиями, что в итоге не создает настороженности хирурга к этой группе пациентов. С другой стороны, для лечения низких форм атрезии ануса разработано большое количество разнообразных видов оперативных вмешательств, применение которых определяется опытом хирурга, поэтому отдаленные **Результаты** во всей совокупности больных предсказать нельзя. По данным А.Л. Ионова наибольшее количество рубцовых стенозов ануса составляют ятрогенные поражения после коррекции именно низких форм АРП.

Цель. Анализ результатов лечения с атрезией ануса (АА) и прямой кишки (АПК)

Материал и методы. Исследованы 24 детей с АА и АПК. Высокая форма атрезия выявлена у 11, низкая у 13 новорожденных; свищевая форма у 13, из промежностная у 5 больных, ректоуретеральный свищ у 3 мальчиков, ректовестибулярный свищ у 5 девочек. Сроки поступления: 14 больных в течение 1-х сут. После рождения, 8-на вторые сут., 2 больных поступили более чем через 7 дней от момента рождения. Диагноз атрезии устанавливался осмотром промежности, выполнением инвертограммы. Для определения высоты атрезии при наличии наружного свища использовалась ультразвуковая диагностика. Всем больным выполнено хирургическое лечение: операция Пена 4-больным, Рицолли-2, проктопластика по Дюфенбаху-3, брюшно-промежностная проктопластика по Ребейну-6. Девяти пациентам выполнена паллиативная операция (наложена колостома на восходящий отдел толстой кишки), из них 4 умерли в раннем послеоперационном периоде из-за наличия тяжелой сопутствующей патологии, а 5 больных для выполнения радикальной операции.

Результаты. Анализ отдаленных результатов лечения показал следующее: у 6 больных отмечались хорошие **Результаты** (отсутствие каломазания и рубцовых сужений ануса), у 9 пациентов результаты расценены как удовлетворительные: имело место рубцовое сужения ануса. По поводу выявленных осложнений проводилось бужирование, в 4-х наблюдениях выполнена лазеродеструкция рубцовой ткани с хорошим результатом, у 3-х детей после бужирования сохранился стеноз, что потребовало реконструктивной проктопластики. У 2-х пациентов отмечалось функциональная



несостоятельность наружного анального сфинктера, что клинически проявлялось каломазанием.

Вывод. Хорошие **Результаты** получены при выполнении трехэтапных операций (наложение колостомы, проктопластика, закрытие стомы), оптимальные сроки операции 8-12 месяцев, проктопластика сагитальным доступом дает возможность лучше мобилизовать кишку и сформировать естественную топографию тазового дна.

ОЦЕНКА ОТНОСИТЕЛЬНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ В СВЯЗИ С АЛИМЕНТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА У ПОПУЛЯЦИИ НАРКОТИЗИРУЮЩИХСЯ НАСЕЛЕНИЯ Г.АНДИЖАНА

ЮЛДАШЕВ Р.Н., УСМАНОВ Б., МАМАСАЛИЕВ Н.С., КАЛАНДАРОВ Д.М., КУРБОНОВА Р.Р.
Андижанский Государственный медицинский институт

Железодефицитные анемии (ЖДА) в начале XXI века в большинстве стран мира сохраняют за собой пальму первенства в структуре гематологических заболеваний среди наиболее трудоспособной части населения, что наносит несомненный социально-экономический ущерб современному обществу.

Результаты эпидемиологических исследований, проведенных за рубежом и в нашей стране подтвердили, что концепция факторов риска (ФР) является основой для разработки, планирования и осуществления мероприятий по первичной, вторичной и третичной профилактике ЖДА среди населения.

Согласно современным литературным данным, относительный риск наличия неинфекционных заболеваний существенно возрастает по мере увеличения распространенности факторов риска или ухудшения эпидемиологических условий. Поэтому, мы рассчитали относительного риска развития железодефицитных состояний (ОРР ЖДС) в связи с алиментарными факторами риска у популяции наркотизирующихся населения.

Материалы и методы. Осуществлялось одномоментное эпидемиологическое исследование на репрезентативной выборке популяции наркоманов (589 человек) и **Результаты** анализированы с использованием многофакторного анализа ФР и ЖДС выявлялись критериям ВОЗ (2003).

Результаты и Выводы. Установлено, что в наибольшей степени ОРР ЖДС отмечается при злоупотреблении ненаркотическими лекарственными средствами (ЗНЛС), сравнительно меньше при нарушении характера питания, в 1,4 раза меньше сравнительно с ЗНЛС при злоупотреблении крепкого чая и кофе, в 2,2 раза меньше при приеме пищи на ночь и в наименьшей степени, т.е. в 19,6% раза меньше при переедании.

Таким образом, эти данные свидетельствуют о наличии связи ЖДА с отмеченными алиментарными ФР, что важно для планирования и осуществления лечебно-



профилактических мероприятий в отношении железодефицитных состояний у наркотизирующихся населения.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК: ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ С ДОППЛЕРОГРАФИЕЙ

Юлдашев Т.А., Юсупалиева Г.А., Улугмуродова К.Б.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) представляет собой прогрессирующую потерю функции почек, причина которой в основном связана с гипертонией, диабетом и первичными почечными заболеваниями. По мере прогрессирования ХБП это приводит к обширному рубцеванию тканей, что впоследствии приводит к разрушению паренхимы почек и терминальной стадии почечной недостаточности. Ультразвуковой скрининг и раннее выявление ХБП важны для того, чтобы можно было принять меры для остановки ее прогрессирования в терминальную стадию заболевания.

Цель исследования. Оптимизация диагностики ХБП путём применения ультразвуковой доплерографии.

Материал и методы исследования. Комплексная ультразвуковая диагностика почек и почечных сосудов у 55 пациентов выполнялась на ультразвуковом аппарате «Aplio 500» фирмы «TOSHIBA» (Япония) с применением конвексного датчика (частота сканирования 3,5 МГц) в В- режиме, режимах цветового и энергетического доплеровского картирования по общепринятой методике. После визуализации морфологических параметров проводилось исследование ренальной гемодинамики с помощью триплексного сканирования. При анализе спектральной доплеровской кривой учитывали качественные и количественные параметры.

Результаты исследования. Среди 55 обследованных пациентов, из установленных диагнозов часто встречались хронический пиелонефрит- 26 (47,3%), хронический гломерулонефрит 20 (36,4%), несколько реже - диабетическая нефропатия - 4 (7,2%), мочекаменная болезнь 2 (3,7%) и поликистозная болезнь почек 3 (5,4%).

При проведении доплерографических исследований у 15 больных, значения большинства скоростных показателей (V_{max} , V_{min} , $TAMX$) были ниже, что косвенно могло указывать на наличие распространенного атеросклеротического поражения сосудов.

При рассмотрении резистивных показателей внутрипочечное сосудистое сопротивление у пациентов было выше на всех уровнях ренального кровотока, что, свидетельствовало о тотальной вазоконстрикции сосудистого русла почек. В целом, показатели резистивности (S/D, RI, PI) существенно нарастали по мере прогрессирования нефропатии на всех исследованных уровнях сосудистого русла, за исключением дуговой артерии. Данный



факт предполагает использование вышеперечисленных доплерографических параметров для диагностики ХБП при СКФ выше 60 мл/мин/1,73 м².

Также ультразвуковая доплерография играет эффективную роль в определении ХБП и ее прогрессирования до терминальной стадии почечной недостаточности. В целом, более высокие значения почечного RI (>0,7) обычно отражают более тяжелый нефросклероз, чем нормальные значения (<0,65) или высокие нормальные значения RI (0,65 ≤ RI <0,7).

Выводы. Таким образом, при хронических паренхиматозных заболеваниях с сохраняющимся нормальным ультразвуковой картиной в В-режиме, рекомендуется применять ультразвуковую доплерографию, позволяющую оценить состояние почечной гемодинамики.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Юлдашев У.Ш., Ахмедов Г.К.

Самаркандский государственный медицинский университет

Цель исследования. Проанализировать и изучить особенностей, возможных ошибок и осложнений после лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. Нами проанализирована истории болезни 2641 пациентов с острым и хроническим калькулезным холециститом, оперированных в эндохирургическом отделении Самаркандского ГМО в период с начала 2020 г. по 2022 г. Среди обследованных пациентов было 716 мужчин (27,1%), женщин 1925 (72,9%). Возраст пациентов колебался от 26 до 78 г. Предоперационная подготовка пациентов проводилась по стандарту. Все больные были прооперированы, в 1822 пациентов была проведена лапароскопической холецистэктомия (ЛХЭ) по поводу хронического калькулезного холецистита, а у 627 пациентов с острым калькулезным холециститом. В 192 случаях у пациентов с острым осложненным калькулезным холециститом выполнено открытая холецистэктомия, а также некоторым из них выполнено лапароконверсия.

Результаты исследования: Чаще всего осложнения холецистита встречались у пациентов с острыми деструктивными его формами. Среди больных, которым выполняли ЛХЭ в 226 (8,5%) встречался паравезикальный инфильтрат, в 154 (5,8%)- водянка желчного пузыря и в 87 (3,3%) случаях - эмпиема желчного пузыря. У пациентов прооперированных лапаротомным доступом часто встречалось сочетание нескольких осложнений. Билиарный панкреатит диагностировали у 106 (4%) пациентов.

Выводы: Операцией выбора у больных с острым и хроническим холециститом является лапароскопической холецистэктомия, которая была выполнена в 92,7% наблюдений. В 7,3% пациентов выполнялась лапаротомная холецистэктомия или конверсия. Причинами конверсии при ЛХЭ является плотный паравезикальный инфильтрат, синдром Мирizzi, гангренозные изменения стенки желчного пузыря,



невозможность идентифицировать элементы шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связи. Осложнения, возникающие при ЛХЭ, обусловленные анатомическими дезориентациями хирурга во время операции, вызванным кровоточивостью тканей, жировыми наслоениями и воспалительными инфильтративными изменениями органов панкреатогепатобилиарной зоны.

К ВОПРОСУ СОВРЕМЕННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Юлдашев Ш.1, Райимов Г.Н.2, Низамов Ё.У.1, Ахмадалиев Ш.2

1-Ферганский филиал РНЦЭМП.

2-Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Актуальность. Боль – это всегда субъективное ощущение, что затрудняет ее оценку. Разработаны различные шкалы для определения интенсивности боли, например, визуально-аналоговая шкала (ВАШ) оценки боли. Обезболивание играет важную роль в хирургии, позволяет проводить длительные и сложные операции, но не теряет **Актуальность** проблема послеоперационного обезболивания, эффективность которого позволяет достичь ранней реабилитации пациента.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить современные подходы к обезболиванию в послеоперационном периоде пациентов, обзор современных исследований.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ходе исследования произведен анализ статей и клинических рекомендаций отечественных и зарубежных библиотек и сайтов: rainrussia.ru, elibrary.ru, применялись описательный и статистический методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Послеоперационная рана по своей природе является воспалением, то есть типовым патологическим процессом, имеющим схожие клинические и патофизиологические проявления, на фоне которых могут возникать послеоперационные осложнения, одним из которых является боль. Согласно клиническим рекомендациям, послеоперационная боль – это ощущения неприятного характера, возникающие после хирургического вмешательства. Исторически сложилась приверженность к использованию морфина или других опиоидов, которая в настоящий момент утратила свою **Актуальность.** Опиоиды попрежнему остаются важным компонентом при лечении послеоперационной боли, но использование их как монотерапии приводит к нежелательным побочным эффектам, таким как нарушение вентиляции легких, седативный эффект, замедленное восстановление функции кишечника, тошнота и рвота. Всё это мешает процессу выздоровления и реабилитации пациента, а также способствует задержки выписки пациента из стационара. В настоящее время тактика ведения пациентов опирается на национальные и международные протоколы. В первом этапе производят оценку наличия и количества экссудата, инфильтрации, а также гиперемии с помощью термографии и интенсивность болевого



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



синдрома. Для оценки интенсивности боли используют различные шкалы и опросники. Наиболее часто встречающиеся это визуальноаналоговая шкала или цифровая рейтинговая шкала, так же используют Chronic Pain Grade Questionnaire, опросник McGill Pain Questionnaire и другие. Их же используют и для оценки эффективности терапии. В случае, когда пациент не может самостоятельно оценить свои ощущения, используют другие шкалы, такие как поведенческая шкала боли Behavioral pain scale, The Critical-Care Pain Observation Tool, Nonverbal Pain Scale, основанные на измерении функциональных и поведенческих реакций и наблюдении за пациентом. Второй этап заключается в выборе лекарственного средства. Используют препараты двух групп: наркотические и ненаркотические анальгетики. Обе группы работают принципиально на разном уровне, что помогает комплексно воздействовать. Наркотические анальгетики воздействуют на опиоидные рецепторы, что затрудняет процесс модуляции и перцепции. Ненаркотические анальгетики, которые входят в группу нестероидных противовоспалительных препаратов, являются блокаторами циклооксигеназы-1 и циклооксигеназы-2, тем самым подавляют синтез простагландинов, которые являются медиаторами воспаления, обладающими способностью сенситизировать рецепторы боли (ноцицепторы) к медиаторам боли, тем самым нарушая процесс трансдукции. Наиболее эффективными и адекватными способами обезболивания послеоперационных пациентов являются методики мультимодальной анальгезии, предупреждающей анальгезии и контролируемой пациентом анальгезии. Мультимодальная анальгезия – это использование двух и более препаратов, в качестве базиса которой являются нестероидные противовоспалительные препараты в сочетании с опиоидными анальгетиками и методами регионарной анальгезии. Следующая методика послеоперационного обезболивания – контролируемая пациентом анальгезия, то есть обезболивание по требованию. Она заключается в том, что пациент, исходя из собственных ощущений, сам вводит себе препарат с помощью шприца-перфузора. Недостатком этого метода оказался большой расход опиоидных анальгетиков, в среднем от 72 до 120 мг, что приводит к развитию побочных эффектов. Методика предупреждающей анальгезии заключается в действии анальгетиков, которые были использованы в периоперационном периоде. Она способна предупредить болевой синдром или значительно его снизить. Помимо этого, существуют методы нефармакологического обезболивания. Например, чрескожная электроанальгезия. Суть метода в стимуляции афферентного волокна, что уменьшает болевой импульс, а также чрескожная электроанальгезия способствует синтезу эндогенных опиоидов, которые участвуют в антиноцептивной системе.

ВЫВОДЫ. Сейчас мы располагаем многими препаратами и методиками эффективного обезболивания. Наиболее комплексной и полноценной методикой является мультимодальная анальгезия, которая позволяет воздействовать на различные участки формирования болевого импульса, а также снижать количество побочных эффектов, которые возникают чаще всего при монотерапии. Эффективное обезболивание



в послеоперационном периоде позволяет снизить страдание пациента, уменьшить период пребывания в стационаре, а также ускорить послеоперационную реабилитацию.

COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА АСОРАТЛАР РИВОЖЛАНИШИДА ХАМРОҶ КАСАЛЛИКЛАР АҶАМИЯТИ

Юлдашев Я.М., Акбаров Н.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзуни **Долзарблиги.** Тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, коронавирус инфекцияси билан касалланишни утказганларни 20% дан ортиқ беморлар нафас қисилиши, чарчоқ, кўкрак қафасидаги оғриқлар, когнитив бузилишлардан шикоят қилиши кузатилади ва хаёт сифати пасаяди. Дунёда COVID дан кейинги синдромини ташкил этувчи камида 20 та симптом комплекслари тавсифланган. COVID -19 даврида кўплаб органлар ва тизимларнинг функциялари бузилганлиги, инфекциядан кейин узоқ давом этадиган ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда, ушбу беморларни даволашнинг устувор йўналишларидан бири касалликдан кейин танани тиклаш учун комплекс реабилитация ҳисобланади. Тиббий реабилитация янги коронавирус инфекциясидан кейин беморнинг натижаларини оптималлаштириш учун жуда муҳимдир.

Тадқиқотнинг мақсади: COVID -19 билан касалланган беморларда асоратлар ривожланишини ўрганиш ва уни реабилитация йўллари такомиллаштириш.

Тадқиқот усуллари ва натижалари. 2021-йилда Андижон вилояти юқумли касалликлар шифохонасига COVID -19 инфекциясида асоратлар ривожланиши билан даволангани келган 67 нафар бемор кузатувга олинган, беморлар шифохонага келганда клиник ва биохимик текширувлар, кўкрак қафасини рентген текшируви, УТТ, зарурат бўлганда МСКТ текшируви утказилган. Барча беморлардан SARS-Cov-2 учун ПЗР текшируви утказилган ва ижобий натижа олинган. Беморлар ёши 40 ёш ва ундан катта ёшда бўлган, уртача ёши $55,27 \pm 13,0$ йилни ташкил қилган. Беморларнинг ярмидан кўпида 53% артериал гипертензия, беморларнинг деярли 1/3 қисми 27,7% семизлик, 16,4% юрак ишемик касаллиги ва 16,4% 2-тоифа қандли диабет, 9,8% беморда сурункали юрак этишмовчилиги мавжуд бўлган. Сурункали буйрак касаллиги, онкологик касалликлар камроқ кузатилган. Бронхиал астма 4,4%, сурункали обструктив ўпка касаллиги 4,3%, анамнезида инсультни утказганлар 2,7% ва гепатит 0,5% беморларда кузатилган.

COVID -19 билан касалланган беморларда ўпка тўқималарида яллиғланиш ўзгаришлари сезиларли даражада тез-тез учради 43,1%, ҳамроҳ касаллиги бўлмаган беморларда бу курсаткич 27,1% ташкил қилган ($p < 0,05$). COVID -19 билан касалланган беморларда кўпинча озиб кетиши кузатилди. Сезиларли даражада ўткир даврнинг янада оғир кечиши кузатилди ($p < 0,01$). Беморларнинг 10,3% пневмония ривожланмаган. Бизнинг



кузатувимиздаги беморларнинг 97,2% таҳлил натижаларида асоратлар мавжуд бўлган. 60 ёшдан катта беморларда камида битта асорат аниқланган.

Юрак асоратлари ёши катта ва аввалдан юрак касаллиги бўлган беморларда тез-тез учради. Юрак касаллиги мавжуд бўлган беморларда 19,9% юрак билан боғлиқ асоратлар кўпроқ ривожланиди, юрак касалликлари анамнезида бўлмаганларни 8,9% беморларда юрак асоратлари кузатилган. Жигарда ўзгаришлар аксинча кўпинча ёш гуруҳларда (60 ёшгача) кузатилган ва энг юқори кўрсаткичлар эркакларда учради. Жигар шикастланиши анамнезида ўртача ёки оғир жигар касаллиги бўлган беморларда 22,4%, жигарда ўзгаришлар бўлмаган беморларга нисбатан 6,2% кўпроқ учради. Семизлиги бўлган 44,5% беморларда кўпроқ нафас олиш тизимида асоратлар кузатилган, семизлик бўлмаганларни 17,8% да асорат бўлган.

Асоратларни ривожланиш даражаси ёшнинг ўсиши билан ортиб борди, яъни 30-49 ёшдагиларда 38,9% ва 50 ва ундан катта ёшдагиларда 51,3% кузатилди. Олдиндан мавжуд бўлган касалликлар сонини кўпайиши, айниқса 40 ёш ва ундан катта ёшдаги беморларда асоратлар сони ортиши кузатилди. Мавжуд бўлган касалликлар эркакларда аёлларга қараганда кўпроқ бўлган. Ўлим даражаси бўйича бўлинганда 20 (100%) беморларда хамроҳ касаллиги мавжуд бўлган барча ўлган беморларда асоратлар ривожланган, лекин хамроҳ касаллиги мавжуд бўлган ва соғайган 26 (43,5%) беморларда ҳам асоратлар ривожланган. Шундай қилиб, касалликнинг асоратлари ривожланиши, беморларни ҳаётини сақланиб қолиши мурракаблиги ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик бўлган. Хулоса қилиб шуни айтиш кераки, COVID -19 утказган хамроҳ касаллиги бўлган беморларда, ёши 60 дан катта бўлганларда асоратлар кўпроқ учраган ва ўлим даражаси ҳам буларда юқори бўлган.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРЕПАРАТАМИ УСИЛИВАЮЩИЙ ЭРИТРОПОЭЗ.

АДТИ. Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии.

Доц Юлдашева Н.Э.

.Железо — незаменимый микроэлемент, который включен во многие ферменты и ткани, которые занимаются транспортировкой кислорода в организме, обеспечивают работу дыхательной цепи митохондрий, восстановительные клеточные реакции и антиоксидантную защиту.

Цель исследования: получить сравнительную эффективность лечения с препаратами усиливающий гемопоз у больных железодефицитной анемией.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось у 60 больных с железодефицитной анемией. Средний возраст больных составляло от 21 до 57 39 ± 18 год. Для осуществления исследовательской работы проводились следующие клинико-



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



лабораторные и инструментальные исследования: общий анализ крови (подсчёт гемоглобина, эритроцитов, ретикулоцита, цветового показателя, тромбоцитов, лейкоцитов), биохимический анализ крови (определение сывороточного белка, сывороточного ферритина, цианокоболамина крови).

Мы сравнили эффективность лечение больных с железodefицитной анемией получивших препараты усиливающий гемопоэз. С этой **Целью** по уровню гемоглобина крови. исследуемые больные разделены на 3 группы . А группа -получившие только патогенетическая терапия с препаратом железа, В группа -получившие патогенетическая терапия с препаратами железа и препарат цианокоболамин, С группа -получившие одновременно препараты железа, цианокоболамин и аминокислотный состав. Больным первой группы (А) назначили только препарат ировир внутривенно в течение 10 дней по 10 мл на физиологическом растворе натрия хлорида внутривенно капельно. Ировир в составе содержит 100 мг железа. Больным В группы кроме ировира назначали цианокоболамин по 0,05%-1,0мл и таблетку фолиевой кислоты по 5мг 3 раза в день в течение 10 дней. Больным С группы к выше описанной терапии добавили аминокислотный состав селемин по 200 мл в течение 4 дней.

Сравнительная эффективность больных с выброчным лечением с препаратами усиливающий гемопоэз. Таблица №1.

Группа больных Число больных анемией

n=42 Разница показателей гемоглобина и эритроцитов

А подгруппа (получившие Fe) n=14 Mnb =73-55=18

Mer =2,7-2,1=0,6

Б подгруппа (получившие Fe+ B12+ фолиевая кислота) n=14 Mnb=78-55=22

Mer=2,85-2,1=0,75

В подгруппа (получившие Fe +B12+ аминокислотный состав)n=14 Mnb=87,5-54=33,5

Mer=3,4-2,1=1,3

Как видно из таблицы мы получили значительный эффект при сочетанном лечении препаратов усиливающий гемопоэз.

Выводы:

На фоне лечения железосодержащими препаратами и в комбинации с другими эритропоэтическими препаратами у больных ЖДА наблюдается полностью исчезновение клинических и объективных проявлений при нормализации запасного уровня ферритина в крови.

2. У взрослых больных тяжёлым течением ЖДА сочетание препаратов железа с препаратом B12 и фолиевой кислотой даёт сравнительно значительный эффект, чем патогенетическая монотерапия с препаратами железа.

3. У взрослых больных ЖДА клиническая эффективность при лечении с препаратами железа в сочетании с аминокислотным составом и цианокоболамином даёт больше эффективность чем в лечении цианокоболамином, фолиевой кислотой и препаратами железа и укорочить длительность лечения ЖДА.



ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Юлчиев К.С. Носиров С.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Атрезия пищевода относится к угрожающим жизни порокам развития, частота которых составляет от 1:2440 до 1:4500 новорожденных.

В последние 10-15 лет достигнуты значительные успехи в лечении атрезии пищевода в связи с совершенствованием медицинских технологий, достижениями в неонатологии, детской хирургии, интенсивной терапии и анестезиологии новорожденных. Отмечается отчетливая тенденция к увеличению выживаемости новорожденных с атрезией пищевода, которая достигает 7090 %.

Улучшение результатов лечения атрезии пищевода привело к возникновению новой проблемной ситуации, связанной с появлением послеоперационных осложнений, ухудшающих качество жизни детей. Так, в структуре поздних послеоперационных осложнений с частотой до 70 % наблюдается желу-дочно-пищеводный рефлюкс, сопровождающийся эзофагитом, хроническими рецидивирующими пневмониями, отставанием в физическом развитии и гипотрофией. Сохраняется высокая частота развития несостоятельности эзофагоэзофагоанастомоза (5-16%), послеоперационных стриктур анастомоза (40 %), рецидива трахеопищеводного свища (от 3 до 14 %), трахеомалации (от 10 до 20 %), которые являются причиной повторных оперативных вмешательств.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения атрезии пищевода у новорожденных путем совершенствования прогноза послеоперационных осложнений и летальности.

Результаты исследования. В структуре ранних послеоперационных осложнений при атрезии пищевода у новорожденных преобладают стеноз пищевода ($n = 17$; 20,5 %) и несостоятельность анастомоза пищевода ($n = 15$; 18,1 %). Прогностически значимыми факторами стенозирования анастомоза является ЖПР ($\chi^2 = 4,09$; $p = 0,04$) и первичное хирургическое лечение ($\chi^* = 5,31$; $p = 0,03$).

В структуре поздних послеоперационных осложнений преобладает желудочно-пищеводный рефлюкс (31,4%) и рецидив трахеопищеводного свища (9,6 %). Прогностически значимым фактором развития желудочно-пищеводного свища является наличие атрезии пищевода с диастазом между отрезками пищевода 2 см и более ($\chi^* = 6,49$; $p = 0,01$). Прогностически значимыми факторами развития рецидива трахеопищеводного свища является несостоятельность анастомоза ($\chi^2 = 4,81$; $p = 0,03$).

В развитии желудочно-пищеводного рефлюкса определяющую роль играет большой диастаз (> 2 см) между отрезками пищевода, мобилизация нижнего отрезка пищевода и формирование эзофагоэзофагоанастомоза под натяжением, что обуславливает анатомо-



топографическое изменение пищевод-но-желудочного соединения и дисфункцию нижнего пищеводного сфинктера.

Прогнозирование трахеомаляции возможно на основе определения типа атрезии пищевода до операции. Локализация верхнего атрезированного отрезка пищевода на уровне его грудного отдела является прогностическим фактором развития трахеомаляции в послеоперационном периоде.

Прогностически значимыми факторами развития летального исхода являются: зависимость пациента от искусственной вентиляции легких ($O^2 = 13,15$; $p = 0,002$), наличие жизнеугрожающих пороков развития

($\chi^2 = 11,77$; $p = 0,006$), наличие больших пороков развития, в том числе пороков сердца ($\chi^2 = 5,98$; $p = 0,01$) и недоношенность ($\chi^2 = 5,31$; $p = 0,02$).

Вывод. На основании полученных данных показана вероятность развития послеоперационных осложнений и летальности в зависимости от прогностически значимых факторов риска у новорожденных с атрезией пищевода.

Доказана профилактическая направленность циркулярной миотомии верхнего сегмента пищевода в развитии желудочно-пищеводного рефлюкса.

Развитие трахеомаляции потенциально связано с атрезией пищевода на уровне ThIV—Thv. Это позволяет указанный тип порока развития отнести к прогностически значимым факторам, что позволяет своевременно осуществлять диагностику и лечение трахеомаляции.

МЕТОДЫ ТОРАКОПЛАСТИКИ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ ПЛАСТИНАМИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ РЕБЕР

Юлчиев К.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Дефекты развития грудной клетки встречаются примерно у 1% населения, причем не менее 1/5 части их требуют хирургического лечения. Среди них наиболее часто встречающиеся воронкообразная и килевидная деформации грудной клетки. Необходимость хирургической коррекции деформаций очевидна. Однако, несмотря на безусловный успех, достигнутый в этой области, доля 10-40% посредственных и неудовлетворительных результатов по-прежнему колеблется в пределах. Более чем в 30% случаев торакопластика по поводу деформации грудной клетки и послеоперационный период сопровождаются теми или иными осложнениями, многие из которых представляют реальную опасность для жизни пациента.

Цель исследования. Улучшить **Результаты** хирургического лечения врожденных деформаций грудной клетки у детей и подростков путем создания наиболее оптимальных



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



этиопатогенетически обоснованных способов реконструктивной торакопластики и выработки стандартов диагностики и контроля результатов операции.

Результаты исследования. В основе ультраструктурных изменений хрящевой ткани ребер при изолированных и синдромальных воронкообразной и килевидной деформациях грудной клетки в различных возрастных группах заложены одни и те же механизмы, связанные с проявлением ферментопатии и развитием дистрофических изменений хрящевых клеток и межклеточного вещества, что приводит к ослаблению механических свойств ребер и возникновению их деформации.

В патологических хондроцитах происходит активация перекисного окисления липидов и усиление гидролитической активности, что способствует развитию гипоксического состояния в хрящевых клетках и преобладанию анаэробного пути энергетического обеспечения, т.е. стимулирует процессы их преждевременного «метаболического» старения, начинающиеся еще в период онтогенеза.

Полученные **Результаты** биохимического исследования хрящевой ткани ребер свидетельствуют о принципиально сходном и однонаправленном механизме нарушения ауторегуляторных процессов в хрящевой ткани и ферментного синтеза белков при изолированных и синдромальных формах ВДГК и КДГК, пусковым моментом которых может быть гормональный дисбаланс.

У больных с КДГК имеются позитивные ассоциации НБА-антигенов А2, А30, А31, В22, В41, В52 и БЮ, сопоставимые с данными иммуногенетического анализа при ВДГК, что подтверждает однородность происхождения этих двух заболеваний.

Основой механизма развития деформации передней грудной стенки, единого по своей сути для всех форм изолированных и синдромальных деформаций грудной клетки, является линейная теория упругости для стержней с шарнирным закреплением.

Пусковым моментом возникновения ВДГК и КДГК является генетически детерминированное внутриутробное нарушение метаболизма ферментов хрящевой ткани, связанное с нарушением гормональной регуляции, вследствие чего возникает дисбаланс роста хряща и состояние его внутреннего напряжения. Преобладающие дистрофические процессы в хондроцитах и периклеточной зоне приводят к потере механических свойств хрящевой ткани и возникновению с одинаковой долей вероятности западения или выпячивания передней грудной стенки.

Созданное устройство для диагностики врожденных деформаций грудной клетки и разработанный на его основе метод торакометрии позволяют значительно улучшить качество диагностики деформации передней грудной стенки, коррелирующее с результатами КТ и МРТ грудной клетки.

Усовершенствованные методы определения ПУГК, индекса Гжицкой и созданные нами: коэффициент деформации (Кдеф), индекс килевидной грудной клетки индекс деформации при плоской воронкообразной груди (1деф.), являются дополнением к диагностике врожденных деформаций грудной клетки. Это позволяет четко определить степень и тип деформации.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Изменения кардио-респираторной системы при врожденных деформациях грудной клетки зависят от непосредственного воздействия передней грудной стенки на органы грудной клетки и от системного поражения соединительной ткани.

Модифицированные клиничко-анатомические классификации при врожденных воронкообразной и килевидной деформациях грудной клетки охватывают их разновидности, четко очерчивают границы отдельных характеристик и формируют полноценный диагноз, способствуют выбору хирургической тактики.

Разработаны четкие показания к выполнению реконструктивно-восстановительной хирургии при врожденных ВДГК и КДГК с выделением трех основных групп - медицинских антропометрических, функциональных и психолого-косметических. Рекомендованы конкретные объективные критерии для определения показаний.

Наиболее оптимальным возрастом для проведения торакопластики при изолированной ВДГК является 4-10 лет, а при изолированной КДГК -13-14 лет. При синдромальных формах деформаций торакопластика должна быть выполнена через 2-3 месяца после установления диагноза с учетом показаний к оперативному лечению, начиная с 3-летнего возраста.

На основании проведенного анализа различных методов хирургического лечения врожденных деформаций грудной клетки определены основные пути оптимизации реконструктивных торакопластик - минимально достаточная мобилизация ГРК и длительная его фиксация внутренней металлоконструкцией.

У больных с врожденной ВДГК наиболее оптимальной следует считать реконструктивную торакопластику с мобилизацией ГРК методом двухсторонней наружной сегментарной резекции деформированных ребер и реберных дуг в сочетании с дополнительной хондротомией и Т-образной стернотомией и длительной фиксацией пластрона рамочной титановой конструкцией, уложенной на грудину и ребра.

У больных с врожденной КДГК наиболее оптимальной следует считать реконструктивную торакопластику с мобилизацией ГРК двухсторонней парастернальной сегментарной резекцией реберных хрящей и дуг с дополнительными хондротомиями, клиновидной резекцией грудины и длительной фиксацией ГРК перфорированными титановыми пластинами.

Рекомендованные способы оперативного лечения врожденных деформаций грудной клетки биомеханически обоснованы и позволяют полностью и надежно устранить деформацию, что подтверждается непосредственными и отдаленными результатами.

Оценку результатов торакопластик следует проводить с учетом предоперационных критериев на основании торакометрических исследований предложенным нами способом с определением в % степени потери коррекции.

Вывод. Разработан и внедрен в лечебный процесс новый оригинальный способ реконструктивной торакопластики врожденной килевидной деформации грудной клетки у детей и подростков с перманентной фиксацией пластрона перфорированными титановыми пластинами.



Использование предложенных стандартов диагностики и применение новых способов лечения больных с врожденными ДГК позволило получить в отдаленном послеоперационном периоде превосходные и хорошие косметические и функциональные **Результаты.**

ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Юлчиева С.Т., Расулов Ф.Х., Хасанов Н.Ф.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Цель работы.

Изучение фагоцитарной активности нейтрофилов крови у мышей.

Материалы и методы исследования.

Мышам однократно внутривенно вводили исследуемые препараты в месте с ЭБ. Через 4-е суток мышей забивали, брали кровь, затем к 50 мкл крови добавляли 50 мкл частиц латекса (диаметр 1-1,5 мкм), инкубировали 30 минут при +37°C, делали мазки и определяли показатели фагоцитоза. Одновременно подсчитывали число лейкоцитов. Определяли 3 показателя фагоцитоза:

1. Фагоцитарный индекс (ФИ) – процент фагоцитирующих лейкоцитов;
2. Фагоцитарное число (ФЧ) – среднее число поглщенных частиц латекса на один лейкоцит;
3. Фагоцитарная емкость (ФЁ) – количество частиц латекса, поглщенных лейкоцитами, содержащимися в 1 мкл крови.

Полученные **Результаты** и обсуждения.

Установлено что, у мышей получавших препарат детоксиома (очищенный комплекс) и Настой чая Doctor Ali 1 наблюдалось недостоверное повышение показателей фагоцитарный индекс, фагоцитарное число и фагоцитарная ёмкость.

Введение препаратов имбирь и детоксиомы число нейтрофилов, поглщать частицы латекса, увеличивалось: имбирь и детоксиома в дозе 0,25мл/кг они превышали контроль в 1,2 и 1,3 раза соответственно. Повышалось и среднее число латекса, захваченных одним нейтрофилом: имбирь и детоксиома на 40 и 50% превышало контроль.

Инъекция препаратов бальзам Гулзор и бальзам Gulzor 17- Doctor Ali 6 “Hepar Neo” фагоцитарный индекс и фагоцитарное число достоверно повышается в 1,5 и 2,0 раза соответственно.

Более существенно изменился показатель фагоцитарная емкость в 1 мкл крови: препараты имбирь, бальзам Гулзор и бальзам Gulzor 17- Doctor Ali 6 “Hepar Neo” в 1,4; 1,5 и 2,1 раза, соответственно превышал контроль.

Растительные препараты способствует повышению число лейкоцитов и нейтрофилов в периферической крови мышей. Так, число лейкоцитов в группе животных получавших



бальзам Гулзор и бальзам Gulzor 17- Doctor Ali 6 “Hepar Neo”, повышалось на 60 и 80%, соответственно, а нейтрофилов – на 80 и 100%, соответственно.

Установлено, что за счет повышения общего числа лейкоцитов и нейтрофилов можно объяснить возрастание фагоцитарной ёмкости нейтрофилов.

Выводы. Таким образом, можно сделать **Вывод**, что растительные препараты обладают свойством усиливать один из основных факторов неспецифической защиты организма – фагоцитарную активность нейтрофилов крови мышей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Юнусов Д.М., Арифходжаев А.Т., Бахаваддинова З.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В последние десятилетия во всех странах мира, в том числе в Республике Узбекистан, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости детей бронхиальной астмой (БА) и их более тяжелому течению. Широкое использование достижений биохимии, генетики и иммунологии в решении узловых вопросов аллергических заболеваниями внесло много нового в представление о формировании болезни. Однако, несмотря на достигнутые успехи, уровень контроля над течением заболевания нельзя считать удовлетворительным. Так, например, почти каждый третий больной БА как минимум 1 раз в месяц просыпается ночью в связи с симптомами астмы. Более половины больных имеют ограничения физической активности, более трети вынуждены пропускать занятия в школе.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений бронхиальной астмы у детей атопической бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. Для 58 детей амбулаторных пациентов с БА в возрасте от 7 до 17 лет была заполнена узбекская версия вопросни-ка по контролю симптомов и клинические проявления БА (ACQ-5).

Результаты исследования. Основу за-болевания у таких детей часто составляет поливалентная сенсibiliза-ция к аллергенам домашней пыли, эпидермальным, пи-щевым и лекаартвенным аллергенам. Течение бронхиальной астмы у таких детей часто тяжелое, сопровождалось выраженной эозинофилией и гипервентиляционными нарушениями. Важное место при бронхиальной астме у детей занимают гипервен-тиляционные нарушения, которые включают неадекватную гипервен-тиляционную реакцию на различные воздействия. В формировании ги-первентиляционных нарушений принимают участие эндогенные и экзо-генные факторы, а сама ипервен-тиля-ция нередко провоцирует присту-пы удушья. В развитии бронхообструкции при гипервентиляции боль-шую роль играет снижение температуры и



влажности секрета в респи-раторном тракте, что способствует бронхиальной гиперреактивности. У таких детей наблюдались некоторые особенности течения бронхиальной ас-тмы: часто отмечалось затруднение вдоха во время приступа, субъек-тивное ощущение нехватки воздуха, нарушения поведения (тревож-ность, эмоциональная лабильность), головные боли, сердцебиение, боли в животе во время приступа. Нередко приступы астмы возникали при эмоциональных стрессах и физической нагрузке. Проведя анализ анкеты-опросника, нами установлены причины и предрасполагающие факторы развития бронхиальной астмы у обследуемых детей. Наследственная отягощенность (Наличие у родителей или родственников аллергических заболеваний) является доминантным фактором в развитии БА у обследуемых детей. Кроме этого высокий удельный вес приходится на предшествующие (АР, АРС) и сопутствующие заболевания этих детей. Так пищевая аллергия -58,3% и атопический дерматит -89.6% можно рассматривать в качестве основных факторов, способствующих формированию БА и пусковым механизмом возникновшеия обострений. У многих детей с БА выявлялись увеличен-ные аденоидные вегетации, которые чаще обнаруживались при сопут-ствующем аллергическом РС. В основе увеличения аденои-дов, наряду с гиперплазией лимфоидной ткани, лежит аллергический воспалительный процесс. У некоторых детей с БА обнаруживается искривление носовой перегородки; присоединение аллер-гического ринита в таких случаях приводит к значительному наруше-нию носового дыхания. У ряда больных выявляется хронический тон-зиллит; который можно рассматривать как фактор, способствующий формированию сенсibiliзации к инфекционным аллергенам при БА. У наблюдаемых нами детей с АБА перед началом приступа отмечалась заложенность и зуд в носу, водя-нистое или слизистое отделяемое из носа. Патология ЛОР-органов у наблюдаемых больных была выявлена в 85.4% случаев. **Результаты** собственных наблюдений свиде-тельствуют о том, что у многих детей первые приступы БА появляются на фоне острого респираторного вирусного заболе-вания и бронхолегочной инфекции. Значение интеркуррентных заболе-ваний прослеживается и при обострении БА. Особен-но существенную роль играет наслоение острой респираторной вирус-ной инфекции, бронхита и пневмонии в возникновении астматическо-го состояния у больных с тяжелым течением БА. Ре-зультаты наших исследований показали, что присое-динение бронхолегочной инфекции является причиной развития астма-тического состояния у 56.3% больных БА, а у 47.9% па-циентов возникновение астматического состояния было связано с ост-рой респираторной вирусной инфекцией.

Вывод. Таким образом, у детей, страдающих бронхиальной астме, отмечаются в анамнезе наследственная отягощённость в отношении аллергических заболеваний, перенесенные инфекционные заболевания, выявляются признаки пищевой и лекарственной аллергии, поливалентной сенсibiliзации организма к бытовым, эпидермальным и пыльцевым аллергенам.



АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ НАРУШЕНИИ ЗРЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Юнусов Д.М.

Кафедра пропедевтика детские болезни и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Роль зрительного анализатора в психофизическом развитии ребенка велика и уникальна. Нарушение его деятельности вызывает у детей значительное затруднение в познании окружающего мира, ограничивает общественные контакты и возможности для занятий многими видами деятельности. У лиц с нарушениями зрения возникают специфические особенности деятельности, общения и психофизического развития. Эти особенности проявляются в отставании, нарушении и развитии двигательной сферы, пространственной ориентации, формировании представлений и понятий, в способах практической деятельности, в особенностях эмоционально-волевой сферы, социальной коммуникации, интеграции в общество, адаптации к труду

Цель исследования. Оценить эффективность предложенной физической реабилитации у детей с нарушением функции зрения.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 150 детей с ограниченными возможностями здоровья, относящиеся к группе функциональных нарушений зрения. Из них слабовидящих было 74 (49,3%) ребенка, 7 (4,6%) детей с органическим поражением зрительного анализатора и 69 (46%) детей, которые не могут использовать зрение в ориентировочной и познавательной деятельности.

Результаты исследования. В связи с нарушением функции зрительного анализатора у детей отмечается отставание, как в физическом развитии, так и в функционировании систем организма.

До реабилитационных воздействий в двух группах физическое развитие отмечено как дисгармоничное. Проведение курса мероприятий привело к улучшению морфометрических характеристик и повышению уровня физического развития мальчиков основной группы до гармоничного уровня ($p > 0,05$).

В результате использования физических упражнений общеукрепляющего характера и массажа повышались функциональные возможности сердечнососудистой и дыхательной системы. Улучшение положения физиологических изгибов позвоночника способствовало раскрытию грудной клетки и увеличению вентиляторной функции на 11,8 % ($p < 0,05$). Сочетание дыхательных и суставно-мышечных упражнений создало условия для экономизации механики дыхания - ЧД снизилась на 6 %. При мышечной работе раскрывается дополнительная капиллярная сеть альвеол, укрепляется и развивается дыхательная мускулатура, что способствует увеличению объема грудной клетки.

Комплекс реабилитационных воздействий повысил адаптационные возможности кардиореспираторной системы к гипоксическим нагрузкам на 8 и 29 % ($p < 0,05 - 0,001$).



Для оценки психоэмоционального состояния проводили цветовой тест Люшера и оценивали нервно-психическое состояние детей.

На начало реабилитации определено удовлетворительное эмоциональное состояние в обеих группах.

После курса реабилитации в основной группе показатель психоэмоционального состояния улучшился на 20,5 % ($p < 0,01$) относительно исходного уровня достиг благоприятного состояния, в то время как в контрольной группе состояние осталось на прежнем уровне.

Сравнительный анализ изменения показателей основной и контрольной группы после курса реабилитации показал достоверное различие, что свидетельствует об эффективности применения использованных средств адаптивной физической культуры.

Вывод. Проведенный комплекс физических упражнений способствовал оптимизации зрительных функций у 75 (50%) детей и помог избежать оперативного вмешательства у 2 (1,3%).

ФИЗИОЛОГИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Юнусов Д.М.

Кафедра пропедевтика детские болезни и поликлинической педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Дыхательная система обеспечивает нормальную жизнедеятельность человека. Именно органам дыхания отводится особая роль по обеспечению организма кислородом для поддержания соответствующего уровня окислительно - восстановительных процессов и кислотно - щелочного баланса. Как правило, при поражении одного отдела дыхательного аппарата нарушается и функция всей системы. К этой системе относится дыхательная мускулатура. В результате ухудшается вентиляция легких и нарушается, в той или иной степени, вся система газообмена. Эти патологические изменения неблагоприятно сказываются на функциональных возможностях всего организма.

В акте дыхания участвуют межреберные мышцы, диафрагма, мышцы живота и другие мышцы. Известно, что деформация позвоночника, которая сопровождается изменениями топографии спинномозгового канала, спинного мозга и его оболочек, ведет к натяжению корешков спинного мозга, сдавлению их отечными тканями и ущемлению их в межпозвоночных отверстиях. Это в свою очередь приводит к нарушению нормальной иннервации внутренних органов и соматической мускулатуры, обеспечивающих дыхательную функцию. Происходит уменьшение объема грудной полости, ограничивается подвижность ребер и диафрагмы, ослабление межреберных мышц, повышение внутригрудного давления. Вследствие этих изменений у школьников развивается недостаточность внешнего дыхания по рестриктивному типу.



Цель исследования. Определить особенности функционального развития дыхательной системы у современных детей и подростков школьного возраста.

Материалы и методы исследования. У 400 учащихся 1–10-х классов проведена оценка функционального состояния дыхательной системы с помощью спирографии.

Результаты исследования. От 1-го к 10-му классу выявлено достоверное увеличение средних показателей проходимости дыхательных путей: пиковой объемной скорости (ПОС) — в 1,5 раза, объема форсированного выдоха (ОФВ1) — в 2,1, мгновенной объемной скорости в момент выдоха (МОС25–75) — в 1,4–1,9, средней объемной скорости выдоха (СОС25–75) — в 1,6. В то же время от 1-го к 10-му классу отмечалось увеличение доли учащихся с отставанием в развитии мелких бронхов и бронхиол от физиологических темпов роста, что подтверждалось увеличением с 3,3% среди учащихся 1-го класса до 18,2% среди учащихся 10-го класса с существенным сниженным СОС25–75, а также увеличением с 6,6 до 9,1% соответственно со сниженным МОС75.

На фоне отставания физиологического развития мелких бронхов наблюдалась динамика отставания в развитии крупных и средних бронхов, что подтверждалось снижением удельного веса числа учащихся с ПОС с 56,8 до 15,2%, МОС25 с 63,4 до 15,2%, МОС50 с 90 до 57,6% соответствующим физиологическим нормам.

Вывод. Таким образом, показано, что развитие дыхательной системы у современных детей школьного возраста характеризуется отставанием развития бронхиального дерева.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Юсупалиева Г.А., Абдуллаева А.З., Цой Е.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В настоящее время COVID-19 является новой опасной инфекцией, которая достигла уровня пандемии. Характеризуется повреждением легочной ткани, которая приводит к опасным осложнениям и высокой смертности среди населения. На данный момент в мире зафиксировано 403 221 443 случаев заражения коронавирусом Covid-19. Общее число смертей от коронавирусной инфекции в мире составляет 5 777 224 человек (Статистика ВОЗ, 10 февраля 2022г.). В Узбекистане зафиксировано 232 496 случаев заражения коронавирусом Covid-19. Общее число смертей от коронавирусной инфекции в Узбекистане составляет 1597 человек. (Статистика развития пандемии коронавируса Covid-19, 10 февраля 2022г.) Лучевые методы, являясь основными в диагностике коронавирусной инфекции, стали наиболее информативными для выявления наличия и выраженности изменений в органах дыхания.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель исследования. Улучшение диагностики коронавирусной пневмонии путем применения мультиспиральной компьютерной томографии в комплексном обследовании больных с COVID-19.

Материал и методы исследования. В исследовании анализировались компьютерные томограммы грудной клетки 36 пациентов, которые были госпитализированы в Зангиатинской многопрофильной больнице инфекционных болезней. Всем пациентам проводилась компьютерная томография легких на сканерах использованием современного 64 срезового мультиспирального компьютерного томографа «United Imaging» по общепризнанной методикой сканирования.

Результаты исследования. Наиболее частым распространенным симптомом при МСКТ легких являлось «матовое стекло». Этот паттерн представлен небольшим уплотнением паренхимы без ее объемного изменения, с частичным сохранением пневмотизации, за счет чего наблюдаются бронхиальные и сосудистые структуры. Симптом был выявлен у всех обследуемых. Вторым по частоте симптомом стала консолидация легочной ткани, он наблюдался у 23 пациента (63,88 %).

На томограммах консолидация характеризовался выраженным повышением плотности паренхимы, на фоне чего бронхиальные структуры и сосуды не дифференцировались вследствие изоденсивности по сравнению с пораженной зоной. Симптом «булыжной мостовой» представлял собой сочетание изменений по типу «матового стекла» и выраженного утолщения интерстициальных внутри и междольковых септ. Данный симптом встречался у 6 пациента (16.67 %). Ретикулярные изменения представляли собой утолщение внутри и междольковых перегородок, а также множественные криволинейные утолщения. Симптом наблюдался у 22 пациентов (61.11 %). Описанные паттерны часто сочетались между собой. После оценки распространенности паттернов был проанализирован объем поражения. Большинство госпитализированных пациентов относились к группе КТ-1.

Выводы. Таким образом, самый распространенный признак поражения легких по данным КТ в группе госпитализированных пациентов явилось снижение пневматизации по типу «матового стекла». Применение МСКТ при диагностике коронавирусной пневмонии COVID-19 является преимущественным методом и даёт хороший результат в комплексном обследовании больных.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ

Юсупалиева Г.А., Абзалова М.Я.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Современная диагностика гидроцефалии (ГДЦ) является одной из важнейших проблем в детской неврологии и нейрохирургии. По данным ВОЗ частота



встречаемости гидроцефалии у новорожденных составляет 1:4000 (2019г.). Высокий удельный вес в структуре заболеваемости и смертности детей с врожденной гидроцефалией предъявляет особые требования к клинической и инструментальной диагностике указанной формы церебральной патологии. Простота и доступность нейросонографии (НСГ) является важным преимуществом перед другими методами, применяемыми в плановой нейрохирургии детей первого года жизни.

Цель исследования. Исследовать возможности ультразвуковой диагностики гидроцефалии при индивидуальном скрининге детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. Проведена нейросонография у 49 детей в возрасте от 1 до 12 месяцев, с различными ликвородинамическими изменениями. Исследования проводились на ультразвуковых диагностических аппаратах Sonoscare 5000 и Arlio 500 с помощью микроконвексных датчиков на частоте 8,0 - 12,0 МГц.

Результаты исследования. У 49 обследованных детей выявлены различной степени выраженности ультразвуковые изменения головного мозга. Они характеризовались дилатацией желудочковой системы у 5 (10,2%) детей, аномалиями развития головного мозга - 14 (28,57%) детей, субарахноидальными кистами - 2 (4,08%) детей, новообразованиями червя мозга, полости III и IV желудочков - 13 (26,53%) детей, поликистозом головного мозга - 4 (8,16%) детей, атрофией коры и белого вещества - 2 (4,08%) детей, поствоспалительными - 6 (12,24%) и постгеморрагическими - 3 (6,12%) изменениями. Перивентрикулярное кровоизлияние (ПВК) III степени выявлено с наличием тромбов в просвете боковых желудочков с их расширением. ПВК IV степени визуализировалось гиперэхогенным образованием с четкими контурами, расположенное над телом бокового желудочка (паренхиматозное кровоизлияние), а также в его просвете. При динамическом наблюдении отмечалась неоднородная эхоструктура данного образования с формированием в дальнейшем порэнцефалической псевдокисты. Находящиеся рядом с полостной структурой ткань паренхимы визуализировалась со смазанной текстурой. Аномалии развития головного мозга были представлены: мальформацией Арнольда-Киари II типа - 9 (69,23%) детей, вариантом аномалии Денди-Уокера - 3 (23,07%) детей, дизостозом Крузона - 1 (7,69%) ребенок.

Выводы. Таким образом, нейросонография является информативным методом в диагностике и оценке степени тяжести поражения головного мозга у детей раннего возраста с различными формами нарушений ликвородинамики. Существенными преимуществами этого метода являются его высокая информативность, неинвазивность, безопасность и простота выполнения, не требующая предварительного анестезиологического пособия грудному ребёнку. Нейросонография позволяет оценить степень выраженности перинатального поражения головного мозга ребенка, **Результаты** которого способствуют выбору тактики лечения.



УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА У ДЕТЕЙ

Юсупалиева Г.А., Ахмедов Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Опухоль Вильмса (ОВ) (нефробластома, эмбриональный рак почки, аденосаркома почки, эмбриональная нефрома, смешанная опухоль почки) - злокачественное эмбриональное новообразование почки, занимающее второе место среди злокачественных опухолей забрюшинного пространства, частота диагностирования составляет 7-8 случаев на 1 000 000 детского населения от 1 до 15 лет, возникает в среднем у детей 3-4 лет. Двустороннее поражение почек наблюдается в 7% случаев, причем в 85% эти опухоли синхронные. У девочек несколько чаще, чем у мальчиков, наблюдается многоочаговый (57%) и двусторонний опухолевый процесс (58,5%).

Цель исследования. Улучшение диагностики опухоли Вильмса у детей, путем применения комплексной эхографии.

Материал и методы исследования. Нами было исследовано 32 детей, из них – 14 (43,8%) составили мальчики и 18 (56,2%) девочки в возрасте от 1 до 7 лет, в клинике ТашПМИ с подозрением на нефробластому. В наших исследованиях применяли ультразвуковой аппарат «Arlio 500» с мультисекторными (конвексным и линейным) датчиками.

Результаты исследования. Мы обращали внимание на изучение эхографических признаков ОВ у детей, такие как: наличие исходящего из почки шаровидного (продолговатого или неправильной формы) образования, наличие солидной - у 8 (25,0%) детей, солидно-кистозной – у 18 (56,3%) и кистозной структуры образования – у 6 (18,7%) детей, также отметили изменение контуров почки. Все образования почек визуализировались высокой гетерогенностью и с обнаружением псевдокапсулы. В большинстве случаев некротизированный участок в центре опухоли визуализировался гипоехогенным, при этом кальцинатов в опухоли Вильмса встречались редко (3,2% случаев). Мелкие кистозные включения в опухоли (очаговые кровоизлияния и некрозы) встречались в 50% случаев. Анэхогенные участки различных размеров и формы отображали зоны кистозной дегенерации и кровоизлияний, лоханка почки визуализировалась расширенной, сдавленной, деформированной опухолевым узлом. У 3 (9,3%) детей отмечено опухоли больших размеров, которые приводили к полной потере нормальной архитектоники почки. При ультразвуковой доплерографии определялась гиперваскуляризация опухоли, также при триплексном сканировании определялась хаотично расположенные патологические сосуды с артериальным и венозным спектром кровотока. При больших размерах опухоли отмечали смещение органов брюшной полости и сосудов с компрессией.



Выводы. Таким образом комплексная эхография имеет большую роль в первичной выявлении образовании почек, являясь неинвазивным, безопасным и доступным методом исследованием у детей.

ДОПплЕРОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Юсупалиева Г.А., Даминов Б.Т., Юлдашев Т.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) представляет собой прогрессирующую потерю функции почек, причина которой в основном связана с гипертонией, диабетом и первичными почечными заболеваниями. По мере прогрессирования ХБП это приводит к обширному рубцеванию тканей, что впоследствии приводит к разрушению паренхимы почек и терминальной стадии почечной недостаточности. Ультразвуковой скрининг и раннее выявление ХБП важны для того, чтобы можно было принять меры для остановки ее прогрессирования в терминальную стадию заболевания.

Цель исследования. Оптимизация диагностики ХБП путём применения ультразвуковой доплерографии.

Материал и методы исследования. Комплексная ультразвуковая диагностика почек и почечных сосудов у 55 пациентов выполнялась на ультразвуковом аппарате «Aplio 500» фирмы «TOSHIBA» (Япония) с применением конвексного датчика (частота сканирования 3,5 МГц) в В- режиме, режимах цветового и энергетического доплеровского картирования по общепринятой методике. После визуализации морфологических параметров проводилось исследование ренальной гемодинамики с помощью триплексного сканирования. При анализе спектральной доплеровской кривой учитывали качественные и количественные параметры.

Результаты исследования. Среди 55 обследованных пациентов, из установленных диагнозов часто встречались хронический пиелонефрит- 26 (47,3%), хронический гломерулонефрит 20 (36,4%), несколько реже - диабетическая нефропатия - 4 (7,2%), мочекаменная болезнь 2 (3,7%) и поликистозная болезнь почек 3 (5,4%).

При проведении доплерографических исследований у 15 больных, значения большинства скоростных показателей (V_{max} , V_{min} , TAMX) были ниже, что косвенно могло указывать на наличие распространенного атеросклеротического поражения сосудов.

При рассмотрении резистивных показателей внутрипочечное сосудистое сопротивление у пациентов было выше на всех уровнях ренального кровотока, что, свидетельствовало о тотальной вазоконстрикции сосудистого русла почек. В целом, показатели резистивности (S/D, RI, PI) существенно нарастали по мере прогрессирования нефропатии на всех



исследованных уровнях сосудистого русла, за исключением дуговой артерии. Данный факт предполагает использование вышеперечисленных доплерографических параметров для диагностики ХБП при СКФ выше 60 мл/мин/1,73 м².

Также ультразвуковая доплерография играет эффективную роль в определении ХБП и ее прогрессирования до терминальной стадии почечной недостаточности. В целом, более высокие значения почечного RI (>0,7) обычно отражают более тяжелый нефросклероз, чем нормальные значения (<0,65) или высокие нормальные значения RI (0,65 ≤ RI <0,7).

Выводы. Таким образом, при хронических паренхиматозных заболеваниях с сохраняющимся нормальным ультразвуковой картиной в В-режиме, рекомендуется применять ультразвуковую доплерографию, позволяющую оценить состояние почечной гемодинамики.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Юсупалиева Г.А., Манашова А.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы. С образованием спаек связано от 40% до 75% всей кишечной непроходимости, а летальность при острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) составляет 6-10% и не имеет тенденцию к снижению. Методами визуализации, используемыми при обследовании пациента с подозрением на ОСКН, являются рентгенография, ультразвуковое исследование, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Использование КТ и МРТ осуществимо не во всех случаях, особенно в отдаленных районах, из-за чего прибегают к использованию рентгенологических методов исследования, также в диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости лидирующую позицию занимает ультразвуковое исследование (УЗИ).

Цель исследования. Изучить возможности комплексных методов лучевой диагностики (рентгенологические и УЗИ) в выявлении ОСКН у детей.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 120 детей с подозрением на ОСКН в отделении экстренной помощи клиники ТашПМИ. УЗИ выполняли на аппарате «Sonoscape S 22» (Китай) с помощью конвексного датчика (2–6 МГц), рентгенологические снимки получали с помощью аппарата Shimadzu.

Результаты исследования. Всем детям выполнялась обзорная рентгенография брюшной полости в положении стоя и/или сидя. Прямыми симптомам острой кишечной непроходимости явились определение чаши Клойбера у 26 (55,3%) детей, видимая кишечная стенка 12 (25,5%), кишечные арки 15 (31,9%), и симптом Кейси - поперечная исчерченность тонкой кишки 9 (19,1%). Пневматизация тонкой кишки выявлена в 100%



случаях. Первые, сначала одиночные, чаши Клойбера на рентгенограмме определялись уже через 2 часа от начала заболевания. Через 3-4 часа от начала заболевания количество чаш Клойбера возрастали. При преобладании газовых скоплений над жидкостными конгломератами в просвете кишечных петель на рентгенограмме определялись кишечные арки. УЗИ брюшной полости выполняли всем детям в экстренном порядке при поступлении. Во время исследования отмечали степень дилатации и толщину стенки кишечника, оценивали характер содержимого и моторно-эвакуаторную активность кишечника, наличие и количество свободной жидкости в брюшной полости. Проведение «общего обзора» позволяло идентифицировать расширенные петли тонкой кишки у 27 (57,4%) детей. После определения группы расширенных петель кишки оценивали диаметр, кинез, толщину париетальных и сближенных клапанов. Среди 35 (74,4%) детей, которые поступили на стационарное лечение в первые 12 часов от начала заболевания, у 15 (32,0%) детей, составляющих большинство, средний диаметр кишки колебался в диапазоне от 2,0 до 2,5 см.

Выводы. Благодаря ультразвуковому исследованию, у большей части больных с острой спаечной кишечной непроходимостью в первые шесть часов от начала заболевания был выставлен диагноз и назначено лечение. Рентгенологически удается поставить этот же диагноз только у детей с продолжительностью заболевания более шести часов. Следовательно, ультразвуковое исследование дает более информативные данные в более ранние сроки в сравнении с рентгенологическими методами.

ПРИМЕНЕНИЕ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Юсупалиева Г.А., Султанова Л.Р., Абзалова Ш.Р., Ахмедов Э.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Термин хроническая болезнь почки (ХБП) означает прогрессирующее повреждение почек, вызванное структурными или функциональными нарушениями.

Цель исследования. Улучшение диагностики ХБП у детей путем применения ультразвуковой доплерографии.

Материал и методы исследования. Комплексные ультразвуковые исследования были проведены в клинике ТашПМИ на ультразвуковых диагностических аппаратах «Sonoscare S22» и «Aplio 500» с использованием конвексного датчика 3,5-5,0 МГц. Исследование провели у 35 детей, из них 19 (54,3%) мальчиков и 16 (48,7%) девочек.

Результаты исследования. Изменение показателей ультразвукового исследования в режиме ЦДК у детей с ХБП 1-й стадии характеризовались асимметрией гемодинамических показателей, диффузным обеднением интрааренального сосудистого



рисунка за счет уменьшения или отсутствия мелких ветвей сегментарных артерий, турбулентности кровотока, локации редких, истонченных и деформированных сосудов. Доказано, что у пациентов с ХБП 2-й стадии по сравнению с ХБП 1-й стадии внутрипочечная гемодинамика характеризовалась достоверно более выраженными нарушениями показателей ЦДК: турбулентности кровотока, асимметрии гемодинамических показателей, локации редких, истонченных и деформированных сосудов, диффузного обеднения васкуляризации. У больных с ХБП выявлено достоверно чаще снижение скоростных показателей по результатам импульсной доплерографии (максимальная систолическая скорость, минимальная диастолическая скорость) по сравнению с детьми без признаков ХБП. По мере прогрессирования ХБП отмечалась нарушение внутрипочечной гемодинамики, характеризующееся значительным снижением показателей систолической (V_s) и диастолической (V_d) скорости кровотока у пациентов 1-2-й стадии ХБП (52,5см/с и 33,3см/с). Также при ХБП (3- 4-й стадии) выявили снижение показателей диастолической скорости кровотока (V_d) до 5,2см/с \pm 0,05. У пациентов на 1-2-й стадии ХБП показатели индекса резистентности (R_i) у пациентов имела низкую информативность, что соответствовала нормальным показателям, у детей с 3-4 стадии ХБП выявлялось снижение индекса резистентности меньше 0,7.

Выводы. Таким образом, доплерография является дополнительным методом, который позволяет получить информацию об особенностях почечной и внепочечной васкуляризации.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Юсупалиева Г.А., Султанова Л.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В группе заболеваний почек и моче **Выводящих путей** гломерулонефриты занимают 3-4 место, уступая в распространенности только пиелонефриту и мочекаменной болезни. В настоящее время, в связи с активной антибактериальной терапией стрептококковой инфекции, снизилась частота острого гломерулонефрита, в это же время, по данным ВОЗ, число зарегистрированных больных хроническим гломерулонефритом нарастает быстрыми темпами. Появление новых ультразвуковых технологий значительно расширило возможности применения ультразвука, в том числе в уронефрологии.

Цель исследования. Оптимизация диагностики хронического гломерулонефрита у детей путём применения комплексных ультразвуковых исследований, в том числе эластографию сдвиговой волны (SWE).



Материал и методы. В основу настоящей работы положены комплексных ультразвуковых исследований 57 детей с хроническим гломерулонефритом. Исследования проводились в клинике ТашПМИ с помощью ультразвукового диагностического аппарата «Aplio 500» с использованием конвексных датчиков 3,5-5,0 МГц. При исследовании в серошкальном режиме при хорошей визуализации всех отделов почек включали режим эластографии сдвиговой волны. На экране на фоне серошкального изображения в виде цветовой эластограммы кодируется эластичность исследуемого отдела почечной паренхимы: жесткая ткань, характеризующаяся высокими показателями в килопаскалях (кПа), картируется в красной цветовой гамме; ткань с низкими показателями в килопаскалях - в голубой цветовой гамме. На экране при этом отображался показатель упругости (кПа).

Результаты исследования. Всем больным помимо определения морфологических параметров в В-режиме, размеров почек, толщины паренхимы, экзогенности, посредством применения доплерографии и эластографии сдвиговой волны, мы оценивали и функциональные параметры, в частности, качественную и количественную оценку кровотока. При анализе показателей импульсной доплерометрии в активной стадии ХГ у детей импульс резистентности в крупных сосудах нарушены не были, но начиная с междолевой артерии они снижались, достигая наименьшего уровня в дуговой артерии. Индекс резистентности R_i (норма 0,6-0,7) составил в стволе почечных артерий $0,72 \pm 0,04$, в сегментарной артерии $0,65 \pm 0,06$, в междолевых артериях $0,60 \pm 0,04$ и в дуговой артерии $0,53 \pm 0,04$.

В нашем исследовании междолевой артериальный RI рассчитывали для оценки кровоснабжения почечной ткани в одном аспекте. Хотя значимой корреляции между RI и SWV обнаружено не было, нельзя сделать **Вывод** об отсутствии влияния перфузии крови на жесткость тканей. Тканевая перфузия представляет собой сложную проблему. RI является лишь одним из параметров оценки и далеко не достаточным, и репрезентативным. Что еще более важно, по мере прогрессирования ХГ почечный фиброз постепенно увеличивается, тогда как внутрипочечная перфузия крови одновременно снижается. При проведении 2 Д SWE у детей с ХГ определили более высокие значения жесткости до 9,4 кПа по сравнению со здоровыми детьми - 4,4 кПа.

Выводы. С учетом полученных данных эластография сдвиговой волны является информативным неинвазивным методом оценки состояния почек у детей с хроническим гломерулонефритом и диагностическим инструментом для оценки риска развития хронической почечной недостаточности (ХПН). Повышение жесткости паренхиматозного слоя почек, с нашей точки зрения, является более ранним маркером развития ХПН, чем нарушение ангиоархитектоники.



ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ

Юсупалиева Г.А., Цой Е.А., Абдуллаева А.З.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В марте 2020 года вспышка инфекции во всём мире, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2, известной как COVID-19, официально объявлена Всемирной организацией здравоохранения пандемией (Статистика развития пандемии коронавируса Covid-19, 2022г.).

В условиях пандемии УЗИ может быть применено в качестве дополнительного метода при критических состояниях пациента и невозможности его транспортировки, при массовых поступлениях в условиях пандемии с

Целью сортировки, для мониторинга субплеврально расположенных интерстициальных изменений и консолидации в легочной ткани, а также для исследования других органов и систем при сопутствующей патологии.

Цель исследования. Оптимизация диагностики коронавирусной пневмонии, обусловленной COVID-19, путём применения ультразвукового сканирования в системе комплексного обследования больных.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы медицинские карты 56 больных с острой коронавирусной пневмонией, среди которых 24 мужчин и 32 женщин, которым было проведено ультразвуковое исследование по общепринятым анатомическим зонам. Ультразвуковые исследования проводились в Зангиатинской многопрофильной больнице инфекционных болезней с использованием современного аппарата «MyLab X6».

Результаты. С помощью ультразвукового метода исследования были выявлены эхографические признаки легочных поражений у пациентов с COVID-19. Интерстициальный синдром эхографически проявлялся сливными или фокальными множественными В-линиями в виде вертикальных гиперэхогенных линий, за счет увеличения жидкости в интерстициальном пространстве, но при этом в альвеолах присутствовал воздух. Данный симптом был обнаружен у 22 пациентов (39,3%). Альвеолярная консолидация была выявлена у 16 пациентов (28,5%), которая обуславливалась скоплением жидкости в альвеолах, в результате которого развивалось уплотнение легочной ткани, и эхографически визуализировалась как гипозохогенная структура с обрывчатыми, неровными контурами. При субплевральной консолидации, которая наблюдалась у 14 пациентов (25%), ткань легкого визуализировалась как уплотненная и эхографически соответствовала структуре печени, обозначалась как гепатизация легкого. Плевральный выпот наблюдался у 4 пациентов (7,2%), который визуализировался как анэхогенное скопление жидкости в плевральной полости. Появление А-линий указывали на стадию выздоровления и при ультразвуковом



исследовании проявлялись в виде горизонтальных гиперэхогенных линий на одинаковом расстоянии от плевральной линии.

Выводы. На основании изучения результатов исследования были оценены преимущества и недостатки проведения ультразвуковых методов диагностики поражений лёгких и плевры при коронавирусной пневмонии (COVID-19), которые позволили клиницистам правильно интерпретировать степень поражения лёгких. Были внедрены современные протоколы УЗИ лёгких и плевры при коронавирусной пневмонии. Полученные **Результаты** исследования помогли создать и внедрить памятку для врачей.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИО-ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Юсупов Ж.К., Абдуллажанов Б.Р., Бабаджанов А.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оценить эффективность нового способа лечения длительно незаживающих гнойных ран (ДНГР) мягких тканей путем сравнительного изучения динамики изменений состояния микробной флоры ран

Материал и методы исследования. Фундаментом исследования послужили 132 больных с ДНГР мягких тканей, пролеченных в клинике Андижанского Государственного медицинского института за 2016-2020 гг. У всех пациентов гнойные раны образовались не менее чем за 14 суток до поступления и средние сроки наличия раны составили $22,6 \pm 1,9$ дня. Все больные были разделены на три группы, согласно проведенному методу лечения ДНГР. Сформировано две группы сравнения. Группа сравнения №1 – 54 пациента, у которых анализ результатов для сопоставительного исследования проведен ретроспективно. Лечение ДНГР в этой группе проводилось по традиционной методике. В основную группу включены 38 больных, у которых лечение ДНГР проведено по предложенному способу. В качестве антисептического и ранозаживляющего средства, а также фотосенсибилизатора при ФДТ использован отечественный препарат «ФарГАЛС». В качестве источника излучения для ФДТ нами использован лазерный аппарат «Матрикс». В нем использован полупроводниковый излучатель с мощностью излучения 3 мВт, спектр-337нм. Излучение импульсное с частотой 100 Гц. В группу сравнения №2 включено – 40 пациентов. Для объективной картины в оценке результатов, в данной группе лечение больных осуществлялось только с применением препарата «ФарГАЛС». Возраст включенных в исследование пациентов варьировал был от 25 до 75 лет. Большинство больных соответствовали возрастной группе от 45 до 60 лет.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Исследования микробной обсемененности длительно незаживающих гнойных ран у пациентов проводили сразу же при их обращении в нашу клинику, до выполнения первичной хирургической обработки раны. Далее у каждого больного забор материала осуществлялся двукратно – на 3-5 и 6-8 сутки после начала лечения.

Результаты. Во всех группах исследования в микрофлоре раневой поверхности преобладали стафилококки, в большинстве случаев *Staphylococcus aureus*: 42,6% (23 из 54 пациентов) в группе сравнения №1, 45,0% (18 из 40) – в группе №2 и 39,5% (15 из 38) – в основной группе больных. Также были выявлены случаи сочетания (ассоциации) *Staphylococcus aureus* с *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.* и *Enterococcus faecalis*, которые отмечены в 14,8% (8 из 54), 17,5% (7 из 40) и 18,4% (7 из 38) в группах сравнения №1 и №2, и основной группе соответственно. Монокультура в исследованных микробиологических образцах отмечена практически с равной частотой – 85,2% (46 из 54), 82,5% (33 из 40) и 81,6% (31 из 38) в группах сравнения №1 и №2, и основной группе соответственно.

При анализе динамике показателей микробиологической среды в ходе лечения было выявлено, что частота встречаемости *Staphylococcus spp.* сократилась в группе сравнения №1 с 61,1% до 44,4% на 3-5 сутки, и до 20,4% - на 6-8 сутки; в группе сравнения №2 данные показатели составили 27,5% и 7,5%. Основная группа характеризовалась более лучшими результатами - *Staphylococcus spp.* высеялся в 18,4% случаях на 3-5 сутки и в 2,6% - 6-8 сутки. В отношении других патогенов также была отмечена положительная динамика во всех группах исследования. При этом в основной группе на 6-8 сутки после начала лечения лишь у 3 больных отмечена патогенная флора: в 1 (2,6%) случаи – *Staphylococcus spp.*, в 1 (2,6%) случаи – *Pseudomonas aeruginosa* и еще в 1 (2,6%) случаи – ассоциация *Staphylococcus spp.* с другой флорой.

Необходимо отметить, что **Результаты** посева экссудата из ран пациентов показали отсутствие роста какой-либо микробной флоры на 3-5 сутки после начала лечения в 73,7% (28 из 38 больных) случаях из основной группы, в 50% (20 из 40) – в группе №2 ($\chi^2=4,618$; $df=1$; $p=0,032$) и в 27,8% (15 из 54) – в группе №1 ($\chi^2=18,882$; $df=1$; $p<0,001$). К 6-8 суткам после начала лечения в основной группе анализируемые показатели увеличились до 92,1% (у 35 из 38 пациентов) против 85,0% (у 34 пациентов; $\chi^2=0,964$; $df=1$; $p=0,327$) и 64,8% (у 35 больных; $\chi^2= 9,130$; $df=1$; $p=0,003$) в группах сравнения №1 и №2 соответственно.

Выводы. Таким образом, патогенетический эффект комбинированного способа фотодинамической терапии длительно незаживающих ран мягких тканей характеризуется усилением бактерицидных свойств антисептического средства «ФарГАЛС», что проявилось отсутствием микробного роста уже на 3-5 сутки лечения у 73,7% больных (у 28 из 38 в основной группе), тогда как локальная монотерапия в эти сроки обеспечила стерильные посева у 50% (у 20 из 40 пациентов в группе сравнения №2; $\chi^2= 4,618$; $df=1$; $p=0,032$), а традиционные подходы только у 27,8% (у 15 из 54 пациентов в группе сравнения №1; $\chi^2=18,882$; $df=1$; $p<0,001$), к 6-8 суткам эти показатели в основной группе



увеличились до 92,1% (у 35 пациентов) против 85,0% (у 34 пациентов; $\chi^2=0,964$; $df=1$; $p=0,327$) и 64,8% (у 35 больных; $\chi^2= 9,130$; $df=1$; $p=0,003$).

ОЦЕНКА ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В РАНЕ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Юсупов К.А., Абдуллажанов Б.Р., Садыков Р.А., Юсупов Ж.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оценить и изучить особенности динамики цитологических показателей в ране на фоне лечения длительно незаживающих гнойных ран (ДНГР) мягких тканей.

Материал и методы исследования. Фундаментом исследования послужили 132 больных с ДНГР мягких тканей, пролеченных в клинике Андижанского Государственного медицинского института за 2016-2020 гг. У всех пациентов гнойные раны образовались не менее чем за 14 суток до поступления и средние сроки наличия раны составили $22,6 \pm 1,9$ дня. Все больные были разделены на три группы, согласно проведенному методу лечения ДНГР. Сформировано две группы сравнения. Группа сравнения №1 – 54 пациента, у которых анализ результатов для сопоставительного исследования проведен ретроспективно. Лечение ДНГР в этой группе проводилось по традиционной методике. В основную группу включены 38 больных, у которых лечение ДНГР проведено по предложенному способу. В качестве антисептического и ранозаживляющего средства, а также фотосенсибилизатора при ФДТ использован отечественный препарат «ФарГАЛС». В качестве источника излучения для ФДТ нами использован лазерный аппарат «Матрикс». В нем использован полупроводниковый излучатель с мощностью излучения 3 мВт, спектр-337нм. Излучение импульсное с частотой 100 Гц. В группу сравнения №2 включено – 40 пациентов. Для объективной картины в оценке результатов, в данной группе лечение больных осуществлялось только с применением препарата «ФарГАЛС». Возраст включенных в исследование пациентов варьировал был от 25 до 75 лет. Большинство больных соответствовали возрастной группе от 45 до 60 лет.

Результаты. На начальном этапе лечения в ранах пациентов всех трех групп исследования преобладали дегенеративные нейтрофилы, практически отсутствовали фибробласты и клетки эпителия. В динамике можно было наблюдать постепенное разрешение воспалительного процесса в ранах, так количество (из расчета на 100 клеток) дегенеративных нейтрофилов к 21 суткам лечения снизилось с $63,5 \pm 3,7$ до $6,8 \pm 0,5$ в основной группе пациентов; с $60,2 \pm 4,1$ до $21,1 \pm 1,8$ – в группе сравнения №1 и с $61,2 \pm 3,7$ до $16,6 \pm 1,7$ – в группе №2. При этом наблюдалось достоверное отличие данного показателя в пользу основной группы пациентов ($p < 0,05$). В свою очередь, цитологически выявлено постепенное нарастание количества фибробластов (в основной – до $18,9 \pm 1,5$; в группе №1 – до $7,8 \pm 0,6$; в группе №2 – до $16,8 \pm 1,8$) и эпителиальных клеток (в основной –



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



до $35,9 \pm 3,2$; в группе №1 – до $14,6 \pm 0,4$; в группе №2 – до $26,4 \pm 2,6$) в ране с достоверностью отличия ($p < 0,05$) от группы сравнения №1. Необходимо отметить, что в основной группе пациентов из клеточного состава раны полностью исчезли палочкоядерные нейтрофилы, в свою очередь с достоверным отличием ($p < 0,05$) от групп сравнения снизилось количество сегментоядерных нейтрофилов (с $31,1 \pm 2,7$ до $11,3 \pm 1,4$), что также свидетельствовало о разрешении гнойно-воспалительных процессов и заживлении ран пациентов.

Исходя из полученных результатов цитологических исследований был рассчитан регенеративно-дегенеративный индекс на этапах лечения. Так, в динамике, уже на 3 сутки после начала лечения относительно высокий показатель отмечен в основной группе пациентов – $0,69 \pm 0,03$ против $0,60 \pm 0,03$ и $0,63 \pm 0,03$ в группе №1 и №2 соответственно). Данная тенденция сохранялась до конца курса лечения, и к 21 суткам показатели были следующими: в основной группе пациентов – $1,66 \pm 0,03$, в группе сравнения №1 – $1,35 \pm 0,03$, в группе сравнения №2 – $1,53 \pm 0,03$.

Анализ динамики прироста показателя регенеративно-дегенеративного индекса показал, что уже на 3 сутки лечения достоверное отличие отмечено между основной и группой сравнения №1 ($t=2,35$; $p < 0,05$), на 7-сутки выявлены статистически лучшие показатели в основной группе по отношению к обеим группам сравнения ($1,09 \pm 0,03$ против $0,81 \pm 0,03$ в группе №1 и $0,93 \pm 0,02$ в группе №2).

Значимый прирост регенеративно-дегенеративного индекса в основной группе пациентов сохранился до конца курса лечения, и к 21 суткам показатели были следующими: в основной группе пациентов – $1,66 \pm 0,03$, в группе сравнения №1 – $1,35 \pm 0,03$ ($t=7,78$; $p < 0,001$), в группе сравнения №2 – $1,53 \pm 0,03$ ($t=2,92$; $p < 0,001$). Необходимо отметить, что в отношении прироста регенеративно-дегенеративного индекса начиная с 7 суток лечения между группами сравнения №1 и №2 также были выявлены достоверные отличия ($t=3,56-4,42$; $p < 0,001$) со статистически значимой разницей.

В процессе лечения были изучены и отслежены соотношения типов цитогрaмм в группах исследования. Так, на начальном этапе лечения во всех группах были определены следующие типы цитогрaмм: некротический, дегенеративно-воспалительный, воспалительный и воспалительно-регенераторный. Наибольшая частота встречаемости выявлена у воспалительного типа - 46,3% (25 из 54), 45,0% (18 из 40) и 42,1% (16 из 38) в группах №1, №2 и основной группе соответственно. В дальнейшем уже на 7-сутки лечения у более чем половины пациентов (52,6%; 20 из 38) основной группы выявлен регенераторно-воспалительный тип цитогрaмм, тогда как в группе сравнения №2 данный показатель составил 35,0% (14 из 40), а в группе сравнения №1 – всего 3,7% (2 из 54). Также, в основной группе пациентов на данном этапе лечения отмечены 5 (13,2%) случаев с регенераторным типом цитогрaмм, что не имело место в группе сравнения №1, а в группе №2 выявлен всего в 1 (2,5%) случаи.

По результатам цитологического исследования проб из ран на 21 сутки лечения к регенераторному типу цитогрaмм были отнесены практически все случаи заболевания



(94,7%; 36 из 38) в основной группе пациентов, 53,7% - в группе №1 и 77,5% - в группе №2. Уже к 7 суткам после начала лечения была отмечена статистически значимая межгрупповая разница при распределении типов цитогрaмм. В основной группе уже не отмечены случаи с некротическим типом цитогрaмм, а дегенеративно-воспалительный тип выявлен лишь в 5,3% (2 из 38) случаях, тогда как в группе сравнения №1 данный показатель составил 9,3% (5 из 54 пациентов) ($\chi^2=45,327$; $df=4$; $p<0,001$), а в группе №2 – 7,5% (3 из 40 пациентов) ($\chi^2=9,503$; $df=4$; $p=0,050$). При анализе результатов цитогрaмм, полученных на 14-сутки лечения было отмечено, что у 71,1% пациентов из основной группы преобладали процессы регенерации (против 31,5% в группе №1, $\chi^2= 17,073$; $df=3$; $p<0,001$ и 47,5% в группе №2), а на 21 сутки регенераторный тип цитогрaмм выявлен у 94,7% больных из основной группы исследования, что также имело статистически достоверные лучшие **Результаты** (против 53,7% в группе №1, $\chi^2=18,188$; $df=2$; $p<0,001$ и 77,5% в группе №2, $\chi^2=4,780$; $df=1$; $p=0,029$).

Выводы. Таким образом, в процессе лечения в основной группе при анализе типов цитогрaмм из ран в динамике отмечено ускорение перехода воспалительной фазы в регенераторную, что отмечено уже к 14 суткам у 71,1% пациентов (против 31,5% в группе №1, $\chi^2= 17,073$; $df=3$; $p<0,001$ и 47,5% в группе №2), а на 21 сутки у 94,7% больных (против 53,7% в группе №1, $\chi^2= 18,188$; $df=2$; $p<0,001$ и 77,5% в группе №2, $\chi^2= 4,780$; $df=1$; $p=0,029$).

В основной группе при анализе типов цитогрaмм из ран в динамике отмечено ускорение перехода воспалительной фазы в регенераторную, что отмечено уже к 14 суткам у 71,1% пациентов (против 31,5% в группе №1, $\chi^2= 17,073$; $df=3$; $p<0,001$ и 47,5% в группе №2), а на 21 сутки у 94,7% больных (против 53,7% в группе №1, $\chi^2= 18,188$; $df=2$; $p<0,001$ и 77,5% в группе №2, $\chi^2= 4,780$; $df=1$; $p=0,029$).

ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И СЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Юсупова Ш. К, Абдуразакова Д. С, Сайфуддинов Д.С
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность . Сахарный диабет - актуальная проблема всего мира. Термин “ Сахарный диабет ” по определению Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) означает нарушение обмена веществ множественной этиологии для которого характерна хроническая гипергликемия с нарушениями метаболизма углеводов , жиров и белков в результате нарушений секреции инсулина и / действия инсулин) Сахарный диабет (СД) - 2 типа самое распространенное эндокринное заболевание, представляет серьезную медико-социальную проблему в



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



связи с повсеместным прогрессирующим ростом заболеваемости, хроническим течением и высокой частотой инвалидизирующих осложнений [1; 4].

Огромное влияние оказывает на углеводный обмен изменение липидного обмена и массы тела. В настоящее время среди ведущих причин, вызывающих нарушения углеводного обмена, выделяют нездоровый образ жизни, в частности неправильное питание, низкую двигательную активность, эмоциональные стрессы и т. д. [27; 33; 36; 38]. Это побудило разработать правила поведенческой терапии для людей, имеющих нарушения углеводного обмена, которые включают 7 основных принципов: 1) здоровое питание; 2) физическая активность; 3) мониторинг глюкозы в крови; 4) прием медикаментов; 5) предупреждение стрессов; 6) уменьшение рисков; 7) правильное поведение при болезни [17; 21; 23; 28; 37; 39; 42].

Цель: оценить осведомленность пациентов о значении нарушения углеводного и липидного спектра как фактора риска развития сахарного диабета 2 типа и прогрессирования осложнений

Материалы и методы: В исследование включены 280 женщины, проживающие в Мархаматском районе Андижанской области, в возрасте от 40 до 65 лет, средний возраст составил $47,0 \pm 2,26$ [Me 45,5; 95%ДИ 41,6-46,5] лет. В контрольную группу вошли 40 женщины аналогичного возраста без нарушений углеводного, липидного обмена. Средний возраст $47,4 \pm 3,69$ [Me 45,5; 95%ДИ 45,1- 47,6] лет. У обследуемых женщин было проведено собеседование и анкетирование на основе специального опросника составленный сотрудниками - эндокринологами нашей кафедры. Определяли ИМТ (по классификации избыточной массы у взрослых в зависимости от ИМТ по ВОЗ. 1997г) 16- 18.5 кг/м² - недостаточная масса тела, 18,5-24,9 м/кг², - норма, 25- 29.9 кг/м² - избыточная масса тела, 30- 34.9 кг/м² - ожирение 1 степени, 35- 40 кг/м² - ожирение 2 степени 40 кг/м² и более - ожирение 3 степени. Антропометрическое исследование включало также измерение окружности талии ОТ, окружности бедер и определение индекса распределения жировой ткани - индекс «талия/бедро» ИТБ, используемый в качестве индикаторов риска патологии, связанной с ожирением, в том числе риска повышенной смертности [39, 40]. ОТ измеряли на уровне пупка, окружность бедер - на уровне подвздошного гребня. Критерием абдоминального ожирения считалось ОТ выше 94 см у мужчин и свыше 80 см у женщин, ИТБ более 0,9 у мужчин и более 0,8 у женщин.

Абдоминальное ожирение по ВОЗ с расчетом соотношения окружности талии (ОТ) к бедер (ОБ) измеряется в сантиметрах. Уровни глюкозы на тощак, инсулина, гликированный гемоглобин, уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ХСЛПОНП) в венозной крови на тощак. Был рассчитан Коэффициент атерогенности (КА), по формуле $КА = (\text{общий холестерин} - \text{ЛПВП}) / \text{ЛПВП}$ норма коэффициента -3.0



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Результаты исследования: Работа проведена с 2022 - 2023 годы

В Андижанском государственном медицинском институте сотрудниками кафедры госпитальной терапии и эндокринологии (в Мархаматском районе Андижанской области)

Анализ результатов обследования женщин показал: 65 % женщин не были осведомлены о значении влияния массы тела , абдоминального индекса , нарушений углеводного и липидного обмена на развитие сахарного диабета 2 типа и прогрессирования осложнений Избыточная масса тела выявлена у 90 (32% женщин), ожирением страдали 40 (14.2 %) женщин), дефицит массы тела отмечался у 20 (8 % женщин) Среднее значение ОТ у женщин составило $89,7 \pm 0,8$ см ($p < 0,001$). При анализе ИТБ было установлено, что у женщин независимо от возраста данный показатель превышал норму: $0,865 \pm 0,004$ ($p > 0,05$).

Среди 90 женщин с избыточной массой тела, у 75 уровни глюкозы в крови на тощак были 5.2 - 5.9 ммоль/л , у 9 женщин 6 – 6.9 ммоль/л, гликированный гемоглобин 6.5 – 6.7%, у 63 % обследованных женщин на липидограмме показатели ЛПВП были ниже нормативных значений . Из 40 пациентов с ожирением (ИМТ > 30 кг/м²) страдали 16 (40%) женщины. Пациенты с высокими показателями ИМТ в сравнении с контрольной группой, имели статистически значимо высокие уровни ХС ЛПНП и значимо более высокие уровни инсулина (норма 2.6 – 24.9 мкЕД/л у взрослых) и гликированного гемоглобина в крови , также сравнительно высокие показатели общего холестерина ($4,97 \pm 0,43$ ммоль/л , $3,38 \pm 0,32$ ммоль/л; $P=0,05$) и ТГ ($2,03 \pm 0,30$ ммоль/л , $0,94 \pm 0,10$ ммоль/л; $P=0,05$), а также более высокий КА ($3,33 \pm 0,27$ против $1,91 \pm 0,35$; $P=0,01$). Тогда как уровни ХСЛПВП ($1,13 \pm 0,03$ ммоль/л) были значимо ниже, чем в группе без нарушения углеводного обмена . Содержание ХС ЛПОНП у женщин с повышенными показателями ИМТ, абдоминального индекса были соответственно повышенным ($2,20 \pm 0,21$ ммоль/л; $P=0,14$).

Выводы:

1. Женщины (65 %) не осведомлены о значении влияния массы тела , абдоминального индекса , нарушений углеводного и липидного обмена на развитие сахарного диабета 2 типа и прогрессирования осложнений .
2. Женщины с повышенными значениями ИМТ и ИТБ имели нарушение гликемии на тощак (83%) , гликированного гемоглобина , также значения ОХС, ТГ, ХСЛПНП, ХСЛПОНП и ИА достоверно выше, а ХСЛПВП значимо ниже, чем у женщин с нормальной массой тела .
3. Нарастание уровня ИА в крови ассоциируется с более старшим возрастом, повышением ИМТ, ИТБ , наличием нарушений углеводного обмена и оценка показателей липидного обмена, должна входить в перечень обязательных обследований.
4. Пациенты должны быть проинформированы, обучены контролю нарушений углеводного , липидного обмена и мерам профилактики



МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОКЦИГОДИНИИ

Юсупова И.А.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Кокцигодия - заболевание, проявляющееся приступообразно возникающими или постоянными болями в крестцово-копчиковой области. Часто этим недугом страдают женщины молодого и среднего возраста. Боль порой мучительная лишая больных покоя и полноценной жизни. Вопросы, связанные с травмой копчика и травматической кокцигодией изучены недостаточно. Этиология и патогенез кокцигодии до конца не изучены. Между тем, повреждения копчика встречаются довольно часто. Зачастую (в 50-90 % случаев), болевой синдром в области копчика развивается после травм крестцово-копчиковой области.

Цель работы: Улучшение результатов хирургического лечения больных с посттравматической кокцигодией путем внедрения и применения нового метода удаления копчика.

Материалы и методы: Изучены **Результаты** оперативного лечения 14 больных с посттравматической кокцигодией за первое полугодие 2022 года. Из них 11 (78%) женщин и 3 (21%) мужчин. Все больные до операции получали консервативное лечение.

Эффект от этого лечения был временный. Разрез или оперативный доступ для удаления копчика проводился не как обычно по межъягодичной области, а отходя от неё вправо или влево на 1-1,5 см. над богато васкуляризованными мягкими тканями.

Всем больным была проведена операция удаления копчика по типу «разборки монетного столбика» с дальнейшим подшиванием анально-копчиковой связки к крестцу.

Результаты и обсуждение: Хороший результат был отмечен у 21 больного. Удовлетворительный у 3 больных. У всех больных послеоперационный рубец зажил первично. У больных с хорошим результатом лечения боли отсутствовали. 3 больным с удовлетворительным результатом лечения было назначено консервативное лечение. Через 1 год после оперативного лечения больные с удовлетворительными результатами лечения отмечали полное исчезновение болей в области копчика при сидении и акте дефекации, также отметили улучшение общего самочувствия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Юсупова И.А.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Переломы шейки бедренной кости со смещением костных отломков, вколоченные и вальгусные переломы без смещения, как правило, лечатся методом остеосинтеза.



Основным недостатком этого метода является резкое нарушение кровоснабжения головки. Даже при правильном послеоперационном введении субкапитальных переломов, асептические некрозы головки бедра составляют 20 % и более. При этом роль остеосинтеза в лечении переломов со смещением костных отломков остается спорным.

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения больных с переломами шейки бедренной кости и ложными суставами, лечившихся оперативно в Хорезмской области.

Материалы и методы: Изучены **Результаты** первичного эндопротезирования тазобедренного сустава у 52 больных: 40 женщин (76%), 12 мужчин (23%).

Все больные с переломами и ложными суставами шейки бедренной кости были прооперированы с 2021 по 2022 гг. в отделении ортопедии Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского центра Травматологии и Ортопедии

Результаты и обсуждение: Заживление раны первичным натяжением отмечено у 49 больных (94,3%). У 3 пациентов (5,7%) рана зажила вторичным натяжением.

Результаты лечения 32 больных были прослежены в период от 1 до 3 лет. Переломы шейки бедренной кости выявлены у 10 (19 %) больных, 32 (61,%) больных - с ложным суставом шейки бедра, больные с диспластическим коксартрозом 10 (19%).

Выводы. Эндопротезирование является методом выбора при переломах шейки бедра, ложных суставах и диспластических коксартрозах.

Этот метод позволяет в ранние сроки осуществлять функциональную нагрузку на оперированную конечность, избежать возникновения сопутствующих заболеваний со стороны внутренних органов, а самое главное улучшить качество жизни больных.

ПЕРВИЧНЫЙ МИОКАРДИТ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

Юсупова М.М., Солиев А., Набижонова Д.

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения.

Входить. Во время пандемии коронавируса часто поступают сообщения о различных степенях воспаления миокарда, вызванного вирусом SARS-CoV-2. В настоящее время патогенез до конца не изучен, но можно предположить, что вирус оказывает прямое повреждающее действие на кардиомиоциты. Эта проблема актуальна для кардиологов и требует активного изучения.

Цель исследования. Представлено клиническое наблюдение за пациентом с распространенным миокардитом после коронавирусной инфекции.

Материалы и методы . Больной А., 52 года, заразился легкой формой коронавирусной инфекции в октябре 2020 г. (лабораторно подтверждено). Через 1 месяц и неделю отметил боли в мелких суставах кистей, одышку, одышку при умеренных



физических нагрузках. При обследовании выявлено увеличение лабораторных показателей: скорость оседания эритроцитов (СЭТ) 70 мм/ч, С-реактивный белок (СРБ) 85 мг/л, ревматоидный фактор (РО) 17,2 МЕ/мл; Рентгенологическое исследование кистей и стоп патологии не выявило. Скорее всего диагноз ревматоидный артрит. В декабре 2020 года состояние ухудшилось: больной отметил усиление одышки, сухой кашель, боли за грудиной. Больной госпитализирован в Ферганскую городскую больницу № 2 в научное учреждение.

Полученные **Результаты.** При госпитализации больной был обследован на наличие системных заболеваний соединительной ткани (в т.ч. ревматоидного артрита). В анализах крови: лейкоциты $16,3 \cdot 10^9$ /л, ЭХТ- 37 мм/ч. Учитывая сохраняющиеся жалобы на сердце, больному проведено ЭКГ-обследование. Электрокардиография: ЧСС 115 уд/мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, низкий вольтаж зубца R в V1-V4; Депрессия сегмента ST до -1,0 мм в отведениях V5-V6. Эхокардиография: увеличение левых отделов сердца. Сократительная функция миокарда левого желудочка снижается (фракция выброса 35%). Диффузный гипокинез миокарда левого желудочка. Псевдонормальный тип нарушения диастолической функции миокарда левого желудочка. Экцентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. После обследования исключена ревматологическая патология. Заключительный клинический диагноз: миокардит.

Краткое содержание.

1. «Диагноз миокардита соответствует диагностическим критериям (ESC, 2013): клинические критерии (быстрое снижение фракции левого желудочка без ишемической болезни сердца), лабораторные критерии (С-реактивный белок (СРБ), ревматоидный фактор (РО) ; , повышенные лейкоциты), Антитела (в данном случае антитела к коронавирусу IgG в высоком титре). Выявлена корреляция между перенесенной коронавирусной инфекцией и первичным миокардитом через несколько недель.
2. По этой причине показано, что основная **Цель** должна быть направлена на профилактику и лечение кардиомиоцитов сердца после ковид-19, если не запущено основное заболевание.

ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В И С

Юсуфжонов Д.Д, Ахмаджонов Д.Е.

Андижанский государственный медицинский институт

Проблема хронических диффузных заболеваний печени, основную долю которых составляют вирусные поражения, – одна из наиболее актуальных в современной гепатологии. Гепатотропные вирусы вызывают хроническое воспаление печени с



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



развитием фиброза. Выраженный фиброз в свою очередь вызывает нарушение архитектоники органа, что сопровождается повышением внутрипеченочного сопротивления току крови, с последующим развитием портальной гипертензии. Важная клиническая задача врача при обследовании пациента с таким заболеванием, наряду с выявлением причины, оценить его стадию и определить активность некро-воспалительной реакции в ткани печени, что способствует оперативному выбору тактики лечения, улучшению качества и продлению жизни пациента.

Цель исследования: совершенствование диагностики изменения в печени с разработкой метода количественной оценки коллагена в ткани печени; определение диагностических возможностей неинвазивных методов исследований.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено у 53 больных с диагнозом хронический вирусный гепатит (ХВГ) и цирроз печени (ЦП) в отделении гепатологии инфекционных болезней Андижанской области. Диагноз ХВГ и ЦП устанавливали на основании результатов комплексного клинико-лабораторного обследования больных и фибросканирования печени. Для уточнения этиологии ХВГ и ЦП использовались данные анамнеза, осмотра, **Результаты** исследования крови на маркеры вирусных гепатитов. В целях диагностики фиброза была изучена эластические свойства ткани печени - эластометрия. Исследования проведены на аппарате «FibroScan 5».

Методы исследования. В клинической картине у всех больных ХВГ наблюдался астенический синдром различной степени выраженности. В соответствии с критериями ВОЗ в зависимости от выраженности астенического синдрома больные ХВГ распределились следующим образом: у 20% больных астенический синдром был оценен в 0 баллов, у 61% - в 1 балл, а у 19% больных - в 2 балла. Из объективных симптомов у больных ХВГ следует отметить следующие: стойкий субфебрилитет - у 1% больных, лихорадка интермиттирующего характера, резистентная к антибиотикотерапии, - у 7%. У (3%) больных наблюдали зудящие высыпания на коже по типу крапивницы. Печень и селезенка были увеличены у 42% и 39% больных соответственно.

Все больные получали противовирусную терапию. Больные распределены в три группы, каждая из которых была обследована одним из трех методов: ультразвуковой доплерографией (УЗДГ), эластографией и фибротестом. Данные фиброскана печени высоко достоверны, информативны и позволяют проводить неинвазивную диагностику выраженного (F3-F4) фиброза печени у больных ХГС и ХГВ.

Высокий уровень качества методов позволяет рекомендовать их как скрининг-тесты степени фиброза печени в широкой клинической практике.

Выводы. Выраженные признаки некровоспалительной реакции в ткани печени у больных хроническим гепатитом С сопровождаются более тяжелой степенью ее фиброза. Зависимость между морфологическими данными и характеристиками вируса отсутствует. Диагностическая точность метода эластометрии сопоставима с данными



морфологического исследования печени для выявления продвинутых стадий ФП у больных хроническими гепатитами В и С.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА КРОВИ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ МИОПИИ

Икромов О.А., Икромов Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Определение роли микроэлементного состава крови в развитие и прогрессирование миопии путем сравнительного исследования содержания микроэлементов в сыворотке крови и их экскреции у пациентов с миопией и эмметропией.

Материалы и методы. В работе представлены **Результаты** обследования 140 (280 глаз) пациентов в возрасте от 18 до 45 лет с различной степенью миопии, находившихся на лечении в отделении глазных болезней клиники Андижанского государственного медицинского института. Средний возраст составил $25 \pm 1,2$ года. Для сравнения была взята контрольная группа из 100 пациентов (200 глаз) с эмметропией и гиперметропией слабой и средней степени. Из исследования были исключены дети с гиперметропией или астигматизмом, а также пациенты, страдающие другой патологией органа зрения любого генеза.

Биохимический анализ крови на микроэлементы проводились колориметрическим методом в Центральной научно-исследовательской лаборатории АГМИ. Определение содержания микроэлементов в сыворотке крови проводилось с помощью атомно-эмиссионного спектрального анализа. Микроэлементный анализ проводился с использованием гамма-спектрометрической аппаратуры. В пробах слезной жидкости определяли содержание общего белка по методу М.М. Bradford. Уровень 25-гидрокси-холекальциферола 25(OH)D определяли методом хемилюминесцентного иммуноанализа на микрочастицах оценивали содержание 25(OH)D в сыворотке крови.

Результаты и обсуждение. При определении микроэлементного состава крови у пациентов с миопией выявлено достоверное снижение содержания в крови ионов железа (Fe), меди (Cu) и кальция (Ca), содержание ионов цинк (Zn), наоборот, было повышено.

Содержание крови ионов железа (Fe), меди (Cu) и кальция (Ca), цинка (Zn) в крови пациентов с миопией и группы контроля

Микроэлемент	Группа контроля	Миопия слабой степени	Миопия средней степени	Миопия высокой степени
Fe (мкмоль/л)	$21,3 \pm 1,2^*$	$20,9 \pm 1,2$	$18,7 \pm 1,99^*$	$15,9 \pm 1,3^*$
Cu (ммоль/л)	$19,9 \pm 1,5^{**}$	$16,4 \pm 1,4$	$14,2 \pm 1,0^{**}$	$11,1 \pm 1,99^{**}$
Ca (ммоль/л)	$2,4 \pm 0,8^{***}$	$2,2 \pm 0,2$	$1,9 \pm 0,25^{***}$	$1,8 \pm 0,2^{***}$



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Zn (мкмоль/л) 15,5±1,2*** 16,1±1,8 18,2±1,4**** 19,1±1,7****

Примечание: Различие между средними значениями, отмеченные значками *и*, **и**, ***и***, ****и**** статистически достоверны ($p < 0,05$).

Выявлена разница в микроэлементном составе крови у пациентов с эметропией и у пациентов с миопией различной степени. Так, у пациентов с миопией слабой степени не отмечено достоверной разницы в содержании в крови ионов Fe, Cu, Ca и Zn по сравнению с содержанием этих микроэлементов у пациентов с эметропией. При миопии средней и высокой степени наблюдается достоверное снижение содержания в крови ионов Fe, Cu, Ca по сравнению с содержанием их у пациентов с эметропией. Их средние показатели составили соответственно 17,3±1,6; 12,7±1,5; 1,85±0,2 ммоль/л; в контрольной группе их уровень соответственно составил 21,3±1,2; 19,9±1,5; 2,4±0,8 ммоль/л.

Уровни общего и ионизированного кальция, а также неорганического фосфора в сыворотке крови и их выведение с мочой позволяют оценить обеспеченность процессов насыщения опорных тканей организма (соединительной ткани) солями кальция и фосфорной кислотой.

Снижение содержания в сыворотке крови общего и ионизированного кальция, фосфора при одновременном снижении экскреции кальция и повышении экскреции фосфора с мочой свидетельствуют о недостаточном насыщении опорных тканей солями кальция и фосфорной кислотой, тогда как повышение уровней общего и ионизированного кальция, фосфора в сыворотке крови, экскреции кальция, понижении экскреции фосфора - о повышенном насыщении.

Результаты проведенных исследований показали, что не только уровень Ca в сыворотке крови (1,85±0,2), но и экскреция Ca (2,3±0,6 ммоль/л) с мочой у пациентов с миопией достоверно ниже в сравнении с показателями в группе контроля (2,4±0,8 и 5,5±1,4 ммоль/л соответственно) (рис. 2.). Все это свидетельствуют о недостаточном насыщении ими опорных тканей организма. Кроме того, выявлено достоверное снижение этих показателей при прогрессирующей миопии.

Проведен анализ корреляционной взаимосвязи между содержанием кальция в сыворотке крови и показателем его экскреции у пациентов со стационарной и прогрессирующей миопией. Выявлена средняя прямая связь между содержанием кальция в сыворотке крови и показателем его экскреции у детей со стационарной миопией ($r=0,65$) и при прогрессирующей ($r=0,33$) миопии, что свидетельствуют о лучшем компенсаторном механизме, при стационарной миопии, направленном на поддержание постоянства данного показателя.

Таким образом, пациенты со стационарной миопией меньше страдают от недостатка насыщения соединительной ткани кальцием.

Сравнительный анализ уровня фосфора в сыворотке крови и его экскреции с мочой у пациентов со стационарной и прогрессирующей миопией по отношению к группе контроля выявил тенденцию к уменьшению его содержания в сыворотке крови и увеличению экскреции с мочой, но при этом разница между показателями оказалась



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



недостовверная, что возможно может указывать на дисбаланс фосфорно-кальциевого обмена.

Таким образом, у пациентов с миопией показатели фосфорно-кальциевого обмена указывают на снижение процессов насыщения соединительной ткани солями кальция и фосфорной кислотой.

В последнее время некоторые исследования по близорукости посвящены поиску связи между содержанием витамина Д в крови пациентов, времени, проведенном на открытом воздухе и прогрессированием миопии. Известно, что уровень 25-гидрокси-холекальциферола 25(OH)D является наиболее надежным и специфичным показателем обеспеченности организма человека витамином D [5, 7]. Также, обнаруживается связь между близорукостью и пребыванием на открытом воздухе: пациенты с близорукостью проводят меньше времени на открытом воздухе, чем дети без миопии.

Из анамнеза было выявлено, что пациенты с миопией проводили на открытом воздухе приблизительно $12,5 \pm 1,5$ часов в неделю, из них пациенты с прогрессирующей миопией $11,1 \pm 1,1$ час в неделю, а пациенты контрольной группы в среднем $17,1 \pm 1,2$ часа в неделю. При этом на занятие спортом у пациентов группы контроля уходило в среднем $8,3 \pm 2,5$ часов, в основной группе $5,1 \pm 3,1$ часа в неделю.

Нами проведен сравнительный анализ содержания 25(OH)D в сыворотке крови, а также содержание кальция и фосфора у пациентов обеих групп.

Проведена оценка корреляционной связи между показателями переднезаднего объёма (ПЗО) содержанием 25(OH)D, кальцием и фосфором в сыворотке крови у пациентов со стационарной и прогрессирующей миопией.

Анализ корреляционной взаимосвязи в обеих группах показал наличие сильной отрицательной взаимосвязи между показателями ПЗО и уровнем 25(OH)D в крови, показал, что низкий уровень 25(OH)D сыворотки крови связан с более высоким показателем ПЗО и значит более высоким риском миопии. Между уровнями 25(OH)D в крови (нг/мл) и Ca (ммоль/л) в крови, а также 25(OH)D в крови (нг/мл) и фосфора (ммоль/л) в крови также прослеживается сильная положительная взаимосвязь при прогрессирующей миопии и средняя связь при стационарной миопии, показывая, что миопия сопровождается как понижением 25(OH)D, так и понижением кальция и фосфора, что приводит к прогрессированию процесса.

Таким образом, анализ полученных данных позволяет сделать как теоретические **Выводы**, связанные с патогенезом прогрессирующей миопии, так и некоторые практические заключения об использовании изученных показателей в качестве диагностических критериев в клинической практике при выборе тактики лечения пациентов с прогрессирующей миопией.

Выводы:

При оценке микроэлементного состава крови у пациентов с миопией выявлено снижение содержание ионов железа (Fe), меди (Cu) и кальция (Ca), а содержание ионов цинка (Zn), наоборот, было повышено. При миопии средней и высокой степени



наблюдается достоверное снижение содержания в крови ионов Fe, Cu, Ca по сравнению с содержанием их у пациентов с эмметропией.

Анализ результатов проведенных исследований показал, что не только уровень Ca в сыворотке крови, но и экскреция Ca с мочой у пациентов с миопией достоверно ниже по сравнению с показателями группы контроля, что свидетельствует о недостаточном насыщении ими опорных тканей организма.

Сравнительный анализ уровня фосфора в сыворотке крови и его экскреции с мочой у пациентов со стационарной и прогрессирующей миопией по отношению к группе контроля выявил тенденцию к уменьшению его содержания в сыворотке крови и увеличению экскреции с мочой, но при этом разница между показателями оказалась недостоверная, что возможно может указывать на дисбаланс фосфорно-кальциевого обмена.

4. Между уровнями 25(OH)D (нг/мл) и Ca (ммоль/л), а также фосфора (ммоль/л) в крови прослеживается сильная положительная взаимосвязь при прогрессирующей миопии и средняя связь при стационарной миопии, показывая что миопия сопровождается как понижением 25(OH)D, так и содержания кальция и фосфора, что значительно может повлиять на прогрессирование миопической рефракции.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

Яшков А.В., Боринский С.Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России)

Актуальность.

Ежегодно в мире выполняется до 1 миллиона 500 тыс. тотальных эндопротезирований ТБС.

В Российской Федерации ежегодно проводится более 70 тыс. операций.

В Самарской области в течение года проводится более 1500 эндопротезирований.

Отдаленные положительные **Результаты** после эндопротезирования отмечаются лишь у 76-89% оперированных больных.

Отмечается ограничение жизнедеятельности пациентов : в повседневной жизни снижается на 36%, профессиональной деятельности - на 67%, социальных функций - на 25%.

Цель.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Оценка эффективности разработанного реабилитационного комплекса, включающего комбинированное воздействие физиотерапевтического фактора – повышенной гравитации и антирезорбтивной терапии (золендроновой кислоты, курса препаратов кальция и витамина D) у пациентов после эндопротезирования тазобедренных суставов, имеющих признаки остеопороза лёгкой степени выраженности.

Материалы и методы.

В обследовании приняло участие – 40 пациентов после эндопротезирования тазобедренных суставов в ортопедических отделения клиник СамГМУ с признаками остеопороза.

Мужчины —11 (32%), Женщины – 29 (68%), Средний возраст пациентов - 67 ± 7 лет.

Методом случайной выборки были сформированы две группы:

Основная-16, группа сравнения – 24

По исходным клинико-функциональным обследованиям группы были равнозначны.

Дизайн исследования.

Основная группа - $n=16$: Лечебная физкультура, Физиотерапия, Массаж, Механотерапия, Гравитационная терапия, Антирезорбтивная терапия.

Группа сравнения - $n=24$: Лечебная физкультура, Физиотерапия, Массаж, Механотерапия. Гравитационная терапия.

Эффекты лечебного действия:

1. Улучшение локальной и региональной гемодинамики в поражённой нижней конечности.
2. Активное восстановление микроциркуляторного русла в костной и мягких тканях зоне оперативного в перипротезной зоне.
3. Улучшение трофики тканей
4. Профилактика тромбообразования в нижних конечностях .
5. Нормализация проприоцептивной чувствительности и функции мышц нижней конечности.
6. Профилактика гипотрофии мышц.

Методы исследования.

Визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ), Подография, Рентгеновская денситометрия, Гониометрия, Шкалы, опросники

Динамика показателя денситометрии (Т-критерий, SD) до и после курса реабилитации

Основная группа, $n=16$, Т-критерий (SD) до $-2,98\pm 0,41$, после $-2,17\pm 0,28$

Группа сравнения, $n=24$, Т-критерий (SD) до $-2,97\pm 0,32$, после $-2,64\pm 0,28$

Амплитуда сгибания в поражённом тазобедренном суставе через 12 месяцев после эндопротезирования и курса реабилитации:

Группа сравнения, $n=24$, $93,44\pm 12,02$

Основная группа, $n=16$, $98,36\pm 11,7$



Выводы. Значительная доля пациентов старших возрастных групп после эндопротезирования тазобедренных суставов имеет риск нарушения структуры костной ткани в перипротезной области на фоне остеопороза

Предложенный нами патогенетически обоснованный комплекс медицинской реабилитации позволяет предупредить у пациентов данной категории развитие возможных патологических состояний при снижении минеральной плотности костной ткани

Полученные **Результаты** подтверждают эффективность комплекса медицинской реабилитации у пациентов старших возрастных групп после эндопротезирования тазобедренных суставов

Яшков Александр Владимирович

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сокращенное наименование: ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Доктор медицинских наук, профессор

Заведующий кафедрой медицинской реабилитации, спортивной медицины, физиотерапии и курортологии СамГМУ

443099, Российская Федерация, г. Самара, ул. Чапаевская, 89

Современные технологии в медицинской реабилитации пациентов после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава на фоне остеопороза.

ПРОДУКТИВ ИНФАРКТОЛОГИЯНИ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ДОЛЗАРБ МАСАЛАЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ИСТИҚБОЛГА ЙЎНАЛИШИ.

**Мамасолиева Н.С , Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р.,
АДТИ ва рштём Аф Ўзбекистон**

Тадқиқотнинг мақсади продиктив ва профилактик инфарктологияни фарғона водийси шароитида долзарб масалаларини аниқлаш ва профилактикасини истиқболлик йўналишларини белгилашда.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. 21-йиллик проспектив тадқиқот водий шароитида амалга оширилди ва унга 2192та миоқард инфаркти билан беморлар жалб қилинди. М.И ташхиси клиник электрокардиографик, эхокардиографик ва биохимик комплекс текширувларга асосланди.

Олинган натижалар ва **Хулосалар.** Метемал ва шахсий илмий натижалар исботли кўрсатилиши. МИга бағишланган коп сонли клиник, фундаментал ва профилактик тадқиқотлар бўлсада , ушбу касаллик бугунгача ўлим ва ногиронликни етакчи сабабларидан бири бўлиб келмоқда.



Профилактик ва ва кардиореабилитация усулларида ва кўламли фойдаланилса кардиоваскуляри ўлимни, умумий ўлимни ва такрорий МИ кескин камайишига эришиш мумкинлиги тасдиқланади.

Бундай – продикутив (огохлаш) ва профилактик (олдини олиш тадбирларини аҳоли-популяция даражасида скрининг натижаларига асосланиб ўзвий амалга ошириш) дастурларини режалаштириш Ўзбекистон миқдосида ва шу жумладан, водий шароитида устувор ва истиқболли йўналиш долзарб масала ҳисобланади. “Худудий эпидемиологик кўз” билан қаралса бизнинг маълумотларимизга кўра, МИни ўрганишда тадқиқотлар мувозанатини сезиларли даража билан профилактика ва барвақт аниқлаш томон ўзгартирилса – хавфли ва бевосита кардиоваскуляри континуум хавфини камайтириш имкониятлари (шифохона шароитида касалликдан бўладиган ўлимни 4-6 фоизгача тушириб) кескин ошади.

ФОБИК БУЗИЛИШЛАР БИЛАН КУЗАТИЛГАН НЕВРОЗГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА ПСИХОТЕРАПИЯ

Абдуқодирова З.Б., Аграновский., М.Л., Фозилжонов О.Ш., Мўминов Р.Қ.

Психиатрия ва наркологиya кафедраси

Андижон Давлат Тиббиёт Институту

Сўнги йилларда дунё миқдосида фобик бузилишлар билан кузатишган психопатологик бузилишлар ортиб бормоқда. Нима учун фобик бузилишларга катта аҳамият берилмоқда? Фобик бузилишлар – бу бирдан – бир ситуацион ваҳима ҳисобланади. Боғланган қўрқув ёки учун фобия учун ҳолатий реакцилар хос саналади.

Тадқиқот мақсади. Неврозлар билан оғриган беморларда фобик касалликларни фақат доривор усуллар билан ва психотерапия билан биргаликда даволаш самарадорлигини қиёсий ўрганишдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Бу вазифаларни ҳал қилиш учун неврозлар билан касалланган 87 нафар беморни клиник ва психопатологик текширувдан ўтказдик, клиник кўринишида фобик бузилишлар энг катта улушни эгаллади. Аник беморларнинг yoshi 21 дан 52 ёшгача булган (уртача yoshi 34.2 г ± 1.2). Касалликнинг давомийлиги 3 ойдан 3 йилгача (ўртача 9.5 ± 0.5 ой) ўзгарган. Ўрганилган гуруҳ орасида АВПНД амбулатор даволанишда бўлган турли фобик касалликларга чалинган 38 нафар эркак (43,6%) ва 49 нафар аёл (56,3%) мавжуд бўлди. Тадқиқотнинг асосий усули клиник ва психопатологик усул бўлиб, даволашнинг етакчи усули гипнотерапия бўлди.

Ташхис КХТ 10 (синфига мослаштирилган версия) /F40/ да белгиланган мезонлар асосида амалга оширилди. Ташвишли фобик бузилишлар /F 40.0/, унда ташвиш нафақат ёки асосан муайян вазиятлар (ташқи жиҳатдан мавзуга нисбатан) туфайли юзага келади, бу ҳозирда хавфли эмас. Агорафобия /F40.1/ нафақат очиқ жойлардан, балки оломоннинг



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



мавжудлиги ва дарҳол хавфсиз жойга (одатда уйга) га қайтмас вазиятлардан ҳам қўрқувни ўз ичига олади. Петтофобиялар/F40.2/ эркакларда ҳам, аёлларда ҳам бирдек кенг тарқалган. Асосий мезон-ўз-ўзини ҳурмат қилиш ва танқиддан қўрқиш.. Ўзига хос моно "изоляцияланган" фобиялар/F 41.0/, улар айрим ҳайвонлар яқинида бўлиш, баландлик, момақалдироқ, қоронғилик, самолётларда учуш, ёпиқ жойлар каби муайян ҳолатлар билан қатъий чегараланади. Ишга тушириш ҳолати яккаланиб қолганига қарамай, унга **Киришиш** ваҳимага олиб келиши мумкин. Ваҳима бузилиши (эпизодик пароксисмал безовталиқ) асосий белги бўлиб, маълум бир вазият ёки ҳолатлар билан чегараланмаган ва шунинг учун олдиндан айтиб бўлмайдиган оғир ташвиш (ваҳима) нинг такрорий ҳуружлари ҳисобланади.

Барча тематик беморлар 2 гуруҳга бўлинди: гуруҳ 1 анъанавий дори даволаш 42 (48,2%) олган беморлар иборат. 2-гуруҳ дори-дармон билан бирга психотерапия, 45 (51%) олган беморлардан иборат бўлди. Бундан ташқари, психотерапия, яъни гипнотерапия асосий даволаш усулидан иборат бўлди.

Қабул пайтида беморлар умумий клиник, клиник-психологик ва психопатологик текширувлар ва патопсихологик текширувлардан ўтди, яъни хвотир шкаласи (Спилберг) ва депрессия шкаласи (Бек), клиник тадқиқотлар натижасида уларнинг травматик вазиятга жавобининг ўзига хос хусусиятлари ва беморларнинг турли преморбид шахс хусусиятлари аниқланди.

Клиник, психопатологик ва патопсихологик текшириш натижасида текширилаётган беморларда қуйидаги шахсий хусусиятлар аниқланди.

Биринчи вариант, психоастеник 29 (33.5%) ташвиш-шубҳали белги белгиларнинг устунлиги бўлган беморлар еди. Улар ҳаракатга ғоялар, руҳий тасвирлар ёки импульслар шаклини олди, бу ҳаракатлар мазмунан жуда фарқ қилади, лекин мавзу учун деярли ҳар доим ёқимсиз. Характерли хусусиятлар таклиф қилинган ҳаракатларнинг шубҳаланиши ва қатъиясизлиги бўлди.

Иккинчи вариант, истерик 26 (29.8%) истероипохондрик белги белгилари бўлган беморлар эди. Бунинг учун катта ўзгарувчанлик ва мозаик ҳолат мавжуд эди. Ушбу ҳолатнинг ўзига хослиги беморнинг бу ҳолат билан боғлиқ тажрибаси бўлиб, асосий аломатлар уйқу бузилиши, бош оғриғи эди; бундай беморлар доимо соғлиги ва кундалик ишларни бажаришдан шикоят қилдилар.

Учинчи вариант -19 (21.8%) астеник характер хусусиятларининг устунлиги билан бўлиб, унда асосий мезонлар: чарчашнинг ортиши, тез толиқиш, ишлашнинг пасайиши, пастга қараб кайфиятнинг ўзгариши эди.

Тўртинчи вариант, гиперстеник тури 8 (9.1%) қаттиқ белги хусусиятлари бир устунлик билан беморлар, ҳаяжонланиш ва бир вақтнинг ўзида ошди толиқиш, шунингдек бефарқлиги, сабрсизлик, ҳаддан ташқари фаолияти ўтиш эди.

Бешинчи вариант эса аралаш тури 5 (5.7%) белги турларини ўз ичига олган: шизоид, депрессив ва эксплозив. Аралаш тури, яъни шизоид тури, улар жуда нозик, заиф, таъсирчан "дарахт каби тугаган" жуда нозик ва мослашувчан бўлган ягона, ёпиқ турмуш



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



тарзига эга бўлган мавзулар билан ажралиб туради. Депрессив-эксплозив тип асабийлашиш, атрофдагиларга қаратилган зиддиятларга мойиллик ортиши билан характерланади. Бу одамлар спиртли ичимликлар ва гиёҳвандликка мойил.

Дастлабки даволаш даври психотерапиянинг қайси усули беморга мос келишини аниқлаб, унга гипноз ёрдамида психикага таъсир этиш зарурлигининг сабабини тушунтиради. Кейин ҳар бир бемор учун аутосуггестионнинг алоҳида терапевтик формулалари тузилди. Шундан сўнг бемор гипнотик сессия босқичи учун тайёрланган бўлиб, унда ўрнатиш қулай позага берилган, кейин манзил motor аппаратини енгиллаштириш, интероцептив енгиллик, атроф-муҳитдан узилиш, тинчлантириш, шахсий тажрибалардан узилиш таклифларига қаратилган. Шундан сўнг ўрнатиш умумий енгиллик, дам олишни уйқучанликка ўтказиш учун берилади. Асосий нуқта уйқучанликни гипнотик уйқуга ўтказиш, гипноз ҳолатининг потенциали ва терапевтик таклифлар, кейин гипнознинг ҳаракатларини кейинчалик гипнозга ўтиш билан узайтиришдир. Гипноз сеансининг бутун босқичи 45 дақиқадан ташкил топди. Даволаш даврида ҳар куни 10-15 та сессия ўтказилди.

Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари қуйидаги мезонлар асосида баҳоланди:

1. клиник даво, шикоятларнинг тўлиқ йўқолиши ва касалликнинг объектив белгилари
2. психопатологик белгиларнинг сезиларли даражада камайиши ва кучсизланиши
3. яхшиланишнинг ижобий динамикасининг етишмаслиги клиник жиҳатдан minimal

Гипноз даволаш жараёнида психоастеник, истерик ва астеник белгилар билан оғриган беморлар ҳафта давомида уйқуни сезиларли даражада яхшилашди, кайфият 10 кун ичида яхшиланди, умумий ташвиш ҳолати камайди ва бир ойдан сўнг гипноз терапиясининг дастлабки босқичида кузатилган обсессив қўрқувлар йўқолди (1-жадвал).

Беморлар ўзларининг кундалик ишларига аралаша бошладилар, улар ўтмишда уларни юклаган вазиятга хотиржам муносабатда бўлишди. Гиперстеник характерга эга бўлган беморлар, шунингдек, аралаш вариантлар (шизоид, депрессив ва портловчи) дам олиш қийин бўлди. Баъзи беморлар психотерапиянинг бу турига салбий муносабатда бўлганлар (2-жадвал).

Хулоса. Шундай қилиб, ўтказилган кузатишлар турли типологик хусусиятларга эга бўлган шахслар неврозларининг фобик шакллари даволашда гипнотерапиядан фойдаланишга табақалаштирилган ёндашувнинг самарадорлигини кўрсатади.

ЯКИН ҚАРИНДОШЛАР ОРАСИДАГИ НИКОҲДАН ТУГИЛГАН БОЛАЛАРДА РУХИЙ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

**Абдуқодирова З.Б., Аграновский, М.Л., Фозилжонов О.Ш., Мўминов Р.Қ.
Анджон Давлат Тиббиёт Институти**

Долзарблиги. Яқин қариндошлар орасидаги ирсий мойиллиги бор ва бўлмаган жуфтликлар орасида туғилган болаларда психоневрологик асоратлар юқори фоизни



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ташқил этади ва шу билан бирга ўзаро яқин қариндош бўлмаган оилаларда туғилган болаларда бироз руҳий бузилишларни келиб чиқиши перинатал факторлар натижасига боғлиқ бўлади.

Чамбарчас боғлиқ никоҳларда туғилган болаларда руҳий касалликлар муаммоси энг долзарб ҳисобланади. Яқин қариндошлар ўртасидаги никоҳлар айниқса нейрорпсихиатрик касалликларнинг келиб чиқиши учун хавфлидир. Муаллифларнинг аксариятига кўра, болалар ўлими частотаси, спонтан аборт, туғма деформациялар ва болалар ўртасида ерта ўлим билан боғлиқ никоҳлар сезиларли даражада юқори.

Изланиш мақсади. Яқин қариндошлар орасидаги никоҳлардан туғилган болаларда клиник касалликларнинг частотаси ва хусусиятларини ўрганиш.

Текшириш материаллари ва усуллари. Андижон вилоят нейрорпсихиатрия диспансери (АОПНД) да рўйхатга олинган беморлар орасидан 3 ёшдан 15 ёшгача бўлган яқиндан боғлиқ никоҳларда туғилган 100 нафар бола танлаб олинди. Шундан 47 нафари ўғил болалар ва 53 нафари қизлардир.

Текшириш натижалари ва муҳокамаси. Текширилган болаларнинг биринчи гуруҳи ирсий юки билан чамбарчас боғлиқ никоҳлардан оилаларнинг 52 нафар фарзандидан иборат эди.

II-гуруҳ-48 оилаларнинг ўзаро яқин қариндошлар орасидаги никоҳлардан туғилган ва ирсияти оғирлашган болалардир.

Назорат гуруҳи ота-онаси билан боғлиқ бўлмаган ва руҳий касалликларнинг ирсий юки бўлмаган 50 нафар боладан иборат еди. Гуруҳ тасодифий сонлар ёрдамида 10% вакиллик намунаси асосида танлаб олинди (2-жадвал)

Руҳий бузилишлар барча болаларда ақли заифлик, конвулсив тутқаноқ, аффектив бузилишлар, хулқ-атвор патологияси, органик мия шикастланишининг белгилари, турли даражадаги неврологик камчиликларда ифодаланган бўлиши кузатилди (1-жадвал).

Яқин қариндошлар орасидаги никоҳ ва ирсияти оғирлашган гуруҳ ва тематик беморларда болаларни ўрганиш натижаларига кўра, қўйидаги руҳий касалликлар аниқланди: энг катта фоиз турли даражадаги ақлий заифлик ҳисобланди – 52%, иккинчи энг кенг тарқалган патология эпилепсия ва талваса-синдроми бўлди-19%, патологик хулқ 15% ҳолларда, органик МАТзарар билан болалар ташқил 14% ҳолларда кузатилди.

II гуруҳ беморларининг руҳий касалликлари биринчи гуруҳдан конвулсив синдромлар ва эпилепсия (46%), шунингдек, органик мия шикастланиши (28%), 3 ва 4-ўринларда эса, мос равишда, ақли заифлик (16%) ва хулқ-атвор патологияси (10%) тарқалиши билан фарқ қилди.

Назорат гуруҳи болаларини текширишда қўйидаги руҳий касалликлар аниқланди: ақли заифлик (ТАЗ)-40%, минимал мия дисфункцияси (МД)-36%, ақли заифлик-3%, конвулсив синдромлар ва эпилепсия-9%, хулқ-атвор бузилиши-2%, Марказий асаб тизимига органик зарарланиши-10% ни ташқил этди.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Назорат гуруҳи болаларини текширишда етакчи ўринларни ТАЗ (38%) ва МД (36%) эгаллайди. Иккинчи ўринда органик мия зарарланиши (10%) ва эпилепсия (10%) бор. Энг паст фоиз ақли заифлик (4%) ва хулқ-атвор патологияси (2%) билан банд. Шунини алоҳида таъкидлаш керакки, I ва II гуруҳ болалари МД ва ТАЗ нозологияларига эга эмас эди.

Шундай қилиб, ирсияти оғирлашгани билан чамбарчас боғлиқ ва яқин қариндошлар никоҳидан туғилган болаларда ақли заифлик катта кўрсаткичда учради. Эпилептик синдром марказий асаб тизимининг органик зарарланиши фонидида кўпинча ирсий патологиясиз яқин қариндошлар никоҳидан туғилган болаларда етакчи ўринни эгаллайди. Яқиндан боғлиқ никоҳ чиқиб ва ирсий юк ҳолда туғилган болаларда, минимал мия қуввацизлик ва ақли заифлик устун.

Хулосалар. Ота-оналар ўртасида ирсияти оғирлашганлик ва яқин қариндошлар никоҳидан уйғунлиги сезиларли болалар руҳий касалликлар ривожланаётган хавфини оширади, улар катта хавф билан руҳий касалликлар прогнозини ёмонлаштиради.

БУЙРАК ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ РЕЦИДИВЛАНИШИ УЧУН ХАВФ ОМИЛЛАРИ: КЕНГ ҚАМРОВЛИ МЕТА-ТАҲЛИЛ

Абдулазизов С.А., Эргашев Б.А.

Тадқиқот **Долзарблиги:** Буйрак тош касаллиги иқтисодий юкни келтириб чиқарадиган кенг тарқалган касалликдир. Беморлар ушбу касалликка чалингандан кейин рецидивланиш кўп учрайди. Буйрак тош касаллигининг такрорланиш даражаси 6,1% дан 66,9% гача бўлган. Биз ушбу мета-таҳлилни Буйрак тош касаллигининг қайталаниши учун турли хил потенциал хавф омилларини аниқлаш учун ўтказилди.

Материаллар ва усуллар: PubMed, Embase ва Web of Science маълумотлар базалари бошлангандан 2022 йил мартгача мос калит сўзлар ёрдамида қидирилди. Дастлаб жами 2663 та ёзувлар тўпланган. Адабиётларни келтирилган ва истисно мезонларига мувофиқ текширгандан сўнг, 53 та мақола (40 ретроспектив тадқиқотлар; 13 та истиқболли тадқиқотлар), шу жумладан 488,130 бемор рўйхатдан ўтган. Тадқиқот протоколи PROSPERO билан рўйхатга олинган (No. CRD42020171771).

Натижалар: Тўпланган натижалар шунини кўрсатдики, 12 хавф омиллари, шу жумладан ёши кичик ($n = 18$), юқори тана масса индекси ($n = 16$), оилада буйрак тошлари касалликлари бўлиши ($n = 12$), буйрак тошларининг ҳар бир шахснинг индивидуал тарихи ($n = 11$), гипертония ($n = 5$), сийдик кислотаси тоши ($n = 4$), Кавказ ирқи ($n = 3$), биринчи буйрак тош касаллиги тасдиқлангандан кейин яна буйрак тош касаллигига гумон қилиш ($n = 3$), жарроҳлик ($n = 3$), ҳар қандай бир вақтда ассимптоматик (нонобструктив) тош ($n = 2$), нефроптозда чаноқ ёки пастлаган буйракдаги тош ($n = 2$), ва 24 соатлик сийдик таҳлилини тугатиш ($n = 2$) буйрак тош касаллиги такрорланиш билан боғлиқ бўлиши аниқланди. Кичик гуруҳ таҳлилида юқори тана масса индекси (1.062), беморнинг буйрак тош



касаллиги тарихи (1.402) ёки жарроҳлик (3.178) бўлган беморларда рентгенографик буйрак тош касаллиги такрорланиш хавфи юқори бўлган.

Хулоса: Биз буйрак тош касаллигининг такрорланиши билан боғлиқ 12 та хавф омилини аниқладик. Ушбу таҳлил натижалари буйрак тош касаллигини рецидивланишни моделларини яратишга хизмат қилиши мумкин. Шунингдек, бу буйрак тош касаллиги рецидивланишининг олдини олиш учун асос бўлиши мумкин.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДА ПРОФИЛАКТИК ЙЎНАЛИШНИНГ УСТУВОРЛИГИ - АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИНИ АНИҚЛОВЧИ ВА БЕЛГИЛАБ БЕРУВЧИ ҲАРАКАТЛАНТИРУВЧИ КУЧ СИФАТИДА

Абдуллаев И.К.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзаблиги. Мамлакатимизда “Фуқаролар соғлиғини сақлаш тўғрисида”ги қонуннинг 3-моддасида фуқаролар соғлиғини сақлашнинг асосий принциплари келтирилган ва унда “Профилактика чора-тадбирларнинг устунлиги” алоҳида таъкидланган. Мазкур йўналишда айниқса кейинги йилларда Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармонлари, Ҳукумат Қарорлари ва Соғлиқни сақлаш вазирлигининг кўплаб буйруқлари чиқарилган бўлиб, ушбу ўта муҳим ва долзарб масала бўйича соғлиқни сақлаш вазирлиги ва бутун жамоатчилик олдига улкан вазифалар, яъни аҳоли саломатлигини сақлаш ва уни мустаҳкамлаш, одамларнинг ўртача умр кўриш даражасини узайтириш ҳамда уларнинг меҳнат қобилиятларини ошириш асосий йўналишлардан бири қилиб белгиланган.

Мавзумизнинг асосий мақсади аҳоли саломатлигини сақлаш ва уни янада мустаҳкамлашда профилактик йўналишнинг тутган ўрни ва унинг устуворлигини кўрсатишдан иборат.

Тадқиқот усуллари. Бу борада мавжуд фикрларни мужассамлаштиришда, йиллар давомида тўпланган тарихий ва ҳаётий тажрибаларни таҳлил қилишда асосан тавсифловчи (описательный) усулдан кенг фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари

Мамлакатимизда узоқ йиллардан бери соғлиқни сақлаш тизимида асосий эътибор жамиятимизда одамлар орасида юзага келган касалликларни даволашга қаратилиб келинган. Касалликни келтириб чиқараётган омилларга, яъни, унинг сабабларига унчалик ҳам эътибор қаратилмади десак муболаға қилмаган бўламиз. Фалсафанинг қонунлари бўйича сабабсиз оқибат юзага келмайди, касаллик юзага келдими, унинг аниқ сабаби бор. Ҳатто собиқ Иттифоқ даврида ҳам, кейинги ўттиз йиллар давомида ҳам аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини кенг тарғиботига жиддий эътибор қаратилмади. Одамлар орасида соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш иши фақатгина соғлиқни сақлаш ходимларининг иши сифатида қаралди. Ваҳоланки, бу бутун жамиятнинг ўта долзарб



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



вазифаларидан бири саналади. Одамлар орасида касалликларни юзага келтиручи ўнлаб, юзлаб ижтимоий шароитлар асосида юзага келадиган ижтимоий, иқтисодий, биологик, руҳий, тиббий-гигиеник, экологик, орттирилган зарарли одатлар, техника ва турмуш тараққиёти каби бошқа кўплаб омиллар борки, уларнинг аксариятиларининг юзага келишида одамларнинг кундалик ҳаёт фаолиятида қатъий риоя қилиши зарур бўлган соғлом турмуш тарзи ва унинг маънавий асослари ётади.

Одамлар орасида касалликларнинг олдини олишда уч хил, бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тадбирлари фарқланади. Ҳамиша битта савол қайта-қайта юзага келаверади. Нима учун аҳоли орасида айрим, айниқса ижтимоий аҳамиятга эга бўлган ноинфекцион касалликларнинг тарқалганлик даражаси юқориликча сақланиб қолмоқда, баъзи ҳолларда уларнинг ўсишини ҳам кузатиш мумкин. Бу асосан қайси турдаги профилактика жараёнига боғлиқ. Биз юқорида таъкидладик, кўп ҳолларда шифокорларимиз (айрим маълумотларга қараганда 95-97% шифокорлар) фақат юзага келган касалликларни даволаш билан банд. Бу аслида айнан иккиламчи профилактика саналади. Айрим касалликлар бўйича касалланишларнинг юқорилиги ва баъзи ҳолларда уларнинг ўсиб боришининг асосий сабаби жамиятда бирламчи профилактикага, яъни касалликларни келтириб чиқарувчи салбий омилларни бартараф қилишга етарли даражадаги эътиборнинг қаратилмаганлигидир. Узоқ йиллар давомида аҳоли орасида соғлом турмуш тарзи ва унинг маънавий асосларини шакллантириш методологиясини мукамал ишлаб чиқиш ва уни амалиётга тадбиқ қилиш ишларига алоҳида соҳа сифатида қаралмади ва энг ачинарлиси бу устувор масалага тизимда иккиламчи масала сифатида қаралди, қолаверса соҳа учун зарур бўлган малакали мутахасислар махсус тайёрланмади. Соҳада узоқ йиллар малакасиз ходимлар фаолият юритиб келди. Мактабгача ва мактаб, касб-ҳунар ва олий таълим муассасаларида мазкур фанлар махсус тайёргарликдан ўтмаган, номутахасислар томонидан ўқитилди ва натижада аҳолининг, айниқса ёшлар орасида соғлом турмуш тарзи ва унинг маънавий асослари тўлақонли шаклланмади, ҳар хил турдаги омиллар таъсирлари кучайди ва айрим синф касалликларининг ошишига сабаб бўлди. Агар илмий тилда айтадиган бўлсак, соғлом турмуш тарзи ва унинг маънавий асосларини шакллантириш, аҳоли саломатлигини сақлаш ва уни янада мустахкамлашнинг асосида тарбия жараёни ётади. Болаларга ёшлигидан бериладиган тарбия турлари аслида жуда кўп. Улар ақлий, ахлоқий, нафосат, иродавий, ҳуқуқий, экологик, иқтисодий, жисмоний, тиббий-гигиеник, ижтимоий-руҳий, техник, оилавий тарбия ва бошқалар шулар сирасига киради. Юқорида қайд этилган тарбияларнинг ҳар бири одамларнинг саломатлигига билвосита ёки бевосита таъсир этади, уларнинг ҳаммаси одамларга мужассамлаштирилган ҳолда, шахснинг ёшини, жинсини, бажарадиган иш турини, йил фаслини ва одамнинг саломатлик даражасини инобатга олган ҳолда ўз ўрнида ва вақтида берилсагина яхши самара беради. Бизда йиллар давомида шаклланган айрим носоғлом шундай ижтимоий одатларимиз борки, уларга бўлган муносабатларимизни кескин ўзгартиришимиз керак. Айтайлик, аҳоли орасида касалланиш кўпайса, биз унинг сабабини тиббиёт ходимларидан, жамиятда жиноятчилик кўпайса уни ҳуқуқ-тарғибот органлари



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ходимларидан, билимсизлар кўпайса уни ўқитувчилардан сўрашга одатланиб қолганмиз. Бу масалага бир томонлама ёндашиш бўлади ва бу каби ҳолатларда биз мазкур жараёнларнинг аниқ сабабларини топа олмаймиз. Шунинг учун бу каби муаммоларга комплекс ёндашиш талаб этилади, аниқроғи ёритилаётган мавзумизнинг аҳамиятига қайтадиган бўлсак, одамлар орасида соғлом турмуш тарзи ва унинг маънавий асосларини тўлақонли шакллантириш - бу нафақат тиббиёт ходимларининг блки, бутун жамиятнинг ҳаммага, ҳамма вақт, ҳамма жойда танафуссиз амалга оширилиши шарт бўлган тадбирлардан саналади. Ҳар қандай турдаги тарбия, жумладан тиббий-гигиеник тарбия тури ҳам бугун одамлар онгига тез ва чуқур сингиб боришини таъминлашда, олдинги ўзини оқламаган оммавий тарзда маърузалар ўқиш кўринишида олиб бориладиган турининг кам самарали эканлиги илмий жиҳатдан ҳам, амалий жиҳатдан ҳам ўз исботини топди. Айниқса ёшлар орасида соғлом ҳаёт тарзини шакллантиришнинг энг самарали усуллари -бу тиббий-гигиеник тарбия турини бола дунёга келган биринчи кунларданоқ оилада бошланиши, кейинчалик мактабгача, мактаб муассасаларида, касб-ҳунар коллежлар ҳамда техникумларда, олий таълим юртларида ва меҳнат жамоаларида, мазкур йўналиш бўйича малакали педагоглар ва шифокорлар томонидан, аниқ дастурлар асосида, энг асосийси тарғиботчилар ўзлари ўртак-намуна кўрсатган ҳолда амалга оширилса кутилган натижага эришиш мумкин. Профилактик тиббиётнинг асосини ҳам жамиятда унинг ҳар бир аъзосининг ўз саломатлигига ўзининг жавобгарлик ҳиссини шакллантириш ётади. Кейинги йиллардаги илмий тадқиқот **Хулосаларига** кўра аҳоли саломатлигининг 50-60%и айнан одамларнинг турмуш тарзига боғлиқ эканлиги таъкидланмоқда.

Хулоса. Юқорида келтирилган маълумотларга таянган ҳолда **Хулоса** ўрнида айтиш мумкинки, ҳар қандай жамиятда профилактик тиббиётнинг устуворлигини таъминлаш, фақатгина тиббиёт ходимларининг вазифаси сифатидагина эмас, балки, бутун жамоатчиликнинг вазифаси сифатида қаралса, аҳоли орасида соғлом турмуш тарзи ва унинг маънавий асосларининг тўлақонли шаклланишига мустаҳкам пойдевор ва асос яратилади. Фақатгина шу йўл билан аҳоли орасида касалланишни ва унинг асоратлари ногиронлик ва ўлим сабабларини камайтириш мумкин.

СИСТЕМАЛИ ҚИЗИЛ БЎРИЧА КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ЭРКАК ВА АЁЛЛАРДА “COVID-19” ВИРУСИНING КИЛИНИК КЕЧИШИ, ХУСУСИЯТЛАРИ ВА АСОРАТЛАНИШ ҲОЛАТЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Абдуллаев Ж.У., Назарова Г.У.
Андижон давлат тиббиёт институти,

Системали (тизимли) “қизил бўрича (ТҚБ) касаллиги сурункали, полисиндром, иммун комплексли, бириктирувчи тўқиманинг оғир тизимли касаллиги бўлиб, беморларда



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



патологик жараённинг тез ёйилиши, оғир висцерал кўринишлар, яққол периферик синдром иммун тизимининг кучли шикастланиши билан тавсифланади.

Баъзи муаллифлар фикрига кўра, касалликнинг авж олиш вақти эркакларда 50-59 ёшга тўғри келади, эркакларда касаллик аёлларга нисбатан оғир кечади ва леталлик ҳолатлари эрта юз беради.

Тадқиқотнинг мақсади: Эркак ва аёл касаларида тизимли қизил бўричанинг ковид19 вируси билан клиник кечиши вариантлари, бошланиш даврилиги, асоратларини таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот Андижон вилояти барча ковид марказ бўлимлари ва туман миқёсидаги тиббий диагностика бўлимлари талаб олинди. Тадқиқотга 2020 йили, март ойидан Ковид марказда даволанган жами 25 та “Тизимли қизил бўрича” ташхиси билан даволанган эркаклар ва аёллар жалб қилинган. Беморларда касалликка ташхис қўйишда касалликнинг клиник, лаборатор, иммунологик белгиларига асосланган ҳолда «катта» ва «кичик» ташхис қўйиш белгиларига эътибор берилган.

Натижа: Кузатувлар натижаси шуни кўрсатдики, эркакларда касалликнинг клиник кечиши ва лаборатор таҳлиллар аёллардан кескин фарқ қилмайди. Эркак жинсига беморларнинг ярмидан кўпроғида касалликнинг дебюти 20 ёшдан кичик ёш гуруҳига, атиги 10% беморларда эса 40 ёшдан катта ёш гуруҳига тўғри келади.

Касалликнинг дебютида эркакларда асосан қуйидаги симптомлар устунлик қилади: артритлар, терининг зараланиши, гематологик ва иммунологик бузилишлар хароратни турғун туриши. Ҳаёт учун муҳим аъзолар (буйрак, ўпка, юрак, марказий асаб тизими) зарарланиши 42% беморларда кузатилган. 84% ҳолларда ўткир(IgA) касалликнинг бирламчи сурункали кечиши, фақатгига 16% беморларда эса касаллик кечилишининг ўткир ости варианты аниқланган(IgM).

Хулоса: 1). ТҚБ эркакларда аёлларга қараганда оғир кечиб, унинг кечиши касалликнинг ривожланиш дебютига боғлиқ; 2) Касаллик клиник кечишида 24%да йирик бўғиларда артритлар, 58%да ретикулоэндотелиал тизимнинг зарарланиши, 28%да Рейно феномени устунлик қилган.

3). Эркакларда леталлик 1,9/100 одам-йилни ташкил этиб, у ТҚБнинг фаоллиги ва томир патологияси ривожланишига боғлиқ.

ВИТИЛИГО БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА УЛТРАБИНАФША ЭКСИМЕР ЛАЗЕР ФОТОТЕРАПИЯСИНИНГ КЛИНИК ВА ИММУНОЛОГИК АСОСЛАНИШИ

Абдурахманов М.М., Латипов И.И.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Витилиго - келиб чиқиши аниқ бўлмаган терининг орттирилган касаллиги бўлиб, у тери қопламасининг маълум соҳаларида меланоситларнинг



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



парчаланиши ҳисобига пигментациянинг йўқолиши билан тавсифланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) берган маълумотларига кўра, витилиго билан касалланган беморлар бутун дунё аҳолининг 2% дан ортиғини ташкил этади, жанубий мамлакатлар ва минтақаларда эса 3-4% ни ташкил қилади. Витилиго билан касалланиш Марказий Осиёда энг юқори кўрсаткичларга эга ва айрим ҳудудларда 10% га етади. Витилиго - бу иммунологик, генетик ва метаболик касалликларнинг комбинацияси натижасида юзага келадиган кўп омилли касалликдир. Меланоситлардаги регенерацияси ва пролиферацияси жараёнлари бузилишининг мавжудлиги ва бу ҳужайраларда нуқсонлар мавжудлигини кўрсатади. Ҳозирги вақтда витилиго патогенезида иммунологик бузилишларнинг роли умуметиороф этилмоқда. Кўплаб илмий тадқиқотлар сўнгги ўн йилликларда шуни кўрсатадики, иммунологик реакциялар ва аутоиммун касалликлар натижасида депигментация ўчоқларининг пайдо бўлишига олиб келинади, бу меланоцитларга ҳам, ўз ичида меланин сақловчи тузилмаларга ҳам аутоантитаначалар ишлаб чиқаришга ёрдам беради. Т-лимфоцитларнинг умумий миқдори ва уларнинг субпопуляциясидаги ўзгаришлар аниқланган, бу эса патологик ситокинларнинг янада кўроқ ишлаб чиқарилишига ўз ҳиссасини қўшади.

Тадқиқот мақсади. Витилиго билан касалланган беморларда ултрабинафша эксимер лазер ёрдамида ишлаб чиқилган моддификацияланган иммунокоректив комплекс даво самарадорлигини боҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Бизнинг назоратимиз остида 2020 йилдан 2023 йилгача 18 ёшдан ошган 118 нафар витилигонинг турли шакллари билан касалланган беморлар қамраб олинган бўлиб, шулардан 66 нафари аёллар ва 52 нафари эркеклар. Тадқиқот давомида шикоятларни чуқур таҳлил қилиш, ҳаёт ва касаллик анамнезини, атологик ҳолатни баҳолашни ўз ичига қамраб олган бўлиб беморларни клиник стандартлар асосида комплек текшириширувларнинг ўтказилиши назарда тутилган. Анамнез маълумотлари беморларнинг ёши ва жинси, касалликнинг давомийлиги ва кечиш характеристикаси (барқарор ёки прогрессив), қўзғатувчи омилларнинг мавжудлиги, жараённинг тарқалиши даражаси ва унинг локализацияси, бошқа оила аъзоларида бир хил касалликнинг мавжудлиги, илгари қўлланилган даво усулларнинг самарадорлиги ҳақидаги маълумотларни ўз ичига қамраб олади. Иммуноглобулинларнинг асосий учта синфи иммуноглобулин А, М ва Г ларнинг қон зардобида концентрациясини аниқлаш Манчини (1963) бўйича анъанавий радиал иммунодиффузия усули билан амалга оширилди. Яллиғланиш жараёнига иштирок этаётган ситокинларнинг қон плазмасидаги ТНФ- α , ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10 таркибига қараб баҳоланди. Беморларнинг ўртача ёши $38,5 \pm 6,8$, аёлларда $41,3 \pm 6$ ёш ва эркекларда $35,8 \pm 9$ ёшни ташкил этган. Витилиго билан оғриган беморлар гуруҳида аёллар устунлик қилган, беморларнинг энг кўп сони 40 ёшгача бўлган ёш - 63 та (53,4%). Тадқиқотда витилиго билан касалланган бемор қабул қилаётган даво турига кўра икки гуруҳга бўлинди:

1-гуруҳдаги (асосий гуруҳ) ($n=60$) беморларга комбинацияланган фототерапия - 311 нм тор диапазонли УВБ терапияси ва тўлқин узунлиги 308 нм бўлган эксимер лазер ва бунга



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



қўшимча равишда пентаксофилиннинг суткалик 1200 мг дозаси билан минипулс кортикостероид терапияси (дексаметазон оғиз орқали 5 мг - ҳафтада 2 кун 3 ойдан 6 ойгача) малҳам такролимус 0,1% билан маҳаллий даво ўтказилди.

2-гурӯҳда (таққослаш гурӯҳи) (n=58) беморларга комбинацияланган фототерапия - тор диапазонли УВБ терапияси 311 нм ва тўлқин узунлиги 308 нм бўлган эксимер лазер ва 0,1% такролимус малҳами билан маҳаллий даво ўтказилди. Иккала гурӯҳдаги беморлар қабул қилган фототерапия курси 20 ҳафтадан ортиқ давом этмади.

Тақиқот натижалари. Эксимер лазер 308нм, УВБ 311нм комбинацияланган фототерапия, пентоксофилин, дексаметазон ва маҳаллий 0,1%ли такролимус малҳамидан фойдаланган ҳолда ўтказилган даво усулу I гурӯҳдаги беморларда ИЛ-8/ИЛ-10 ва ТНФ-а/ИЛ-10 нинг ўзаро нисбатларининг ўртача концентрацияси мос равишда 3,5+0,4 пг/мл ва 1,2 +0,4 пг/мл кўрсаткичларни ташкил этди ва II гурӯҳ маҳаллий 0,1% такролимус малҳами билан эксимер лазер 308 нм ва УВБ 311 нм комбинацияланган фототерапия амалиёти ўтказилган беморларда яллиғланиш ва яллиғланишга қарши ситокинларнинг қайд этилган ўртасидаги ўзаро нисбатлари (4,1 + 0,12 пг / мл ва 1,98 + 0,4 пг / мл (p <0,05)) сезиларли даражада статистик жиҳатдан паст эди. Назорат гурӯҳидаги соғлом одамларнинг кўрсаткичларидан II гурӯҳ кўрсаткичлари ўртасидаги фарқ сезиларли даражада эди (p > 0,05) ва I гурӯҳдаги эксимер лазер 308 нм ва УВБ 311 нм комбинацияланган фототерапия, пентаксофилин, дексаметазон ва 0,1% такролимус малҳами билан маҳаллий даво ўтказилган беморларнинг кўрсаткичлардан статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилмади, (p < 0,05).

I гурӯҳда тўлиқ клиник ремиссия ўрганилган умумий 118 бемордан 53 беморда (44,9%) ва II гурӯҳда барча ўрганилган 118 бемордан атиги 34 (28,8%) беморда тўлиқ клиник яхшиланиш (репигментация 100%) эришилди. II гурӯҳдаги витилигонинг акрофасциал шакли билан касалланган 4 (3,4%) беморда ҳеч қандай самара кузатилмади.

Хулоса. I гурӯҳдаги беморларда ИЛ-8/ИЛ-10 ва ТНФ-а/ИЛ-10 нинг ўзаро нисбатларининг ўртача концентрацияси мос равишда 3,5+0,4 пг/мл ва 1,2 +0,4 пг/мл кўрсаткичларни ва тўлиқ клиник ремиссия ўрганилган умумий 118 бемордан 53 беморда (44,9%) кузатилди.

РИНОСИНУСИТЛАРНИ БОШ МИЯ ФАЛАЖИ БОР БОЛАЛАРДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДА ЎЗИГА ХОС ЁНДАШИШ

1Абдурахмонов И.Р., Нуралиева Г.Б.

1Самарқанд давлат тиббиёт университети , 2Республика шошилинич тез тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали

Долзарблиги. Болалар бош мия фалажи - бу ривожланаётган ҳомила ёки янги туғилган чақалоқнинг миясининг прогрессив бўлмаган шикастланиши ва / ёки аномалия



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



туфайли функционал фаолликни чекланиши, ҳамда ҳаракатнинг бузилишига олиб келадиган касалликдир. Болалиқдан бош мия фалажи патологияси кўпинча бузилган ҳиссий тизимлар (кўпинча кўриш ва эшитиш), нутқ ва бола ривожланишининг бузилиши, симптоматик эпилепсия, вегетатив касалликлар, иккиламчи ортопедия муаммолари ва бошқалар патологик ҳолатлар бир вақда ривожланади (Рациг Е.Ю., Богомильский М.Р. 2012). Маълум бўлишича, бу хилма-хил патологиялар нафақат невролог ва ортопедларнинг, балки бошқа кўплаб педиатрия мутахассисликларни аралашувини талаб қилади. Сўнги ўн йилликларда ББМФ ҳақидаги ғоялар доимий равишда ўзгариб турди, бу эса беморларни даволаш ва реабилитация қилиш жараёнида касалликнинг кечиш хусусиятларини аниқлаш учун патологиянинг ушбу шаклини услубий жиҳатдан ўрганишни талаб қилади. Мия фалажи 18 ёшгача бўлган беморларда ногиронликка олиб келадиган энг кенг тарқалган неврологик патология ҳисобланади (Е.И. Юлиш, Б.И. Кривуцев. 2015). Бу ҳолат юқумли касалликлар билан касалланиш учун жиддий хавф туғдиради. Каладзе Н.Н ва бошқ.(2014), 54 та текширилган ўРИ билан оғриган беморлар 31(57%) та ва ЛОР аъзолари сурункали инфекция ўчоқлари қўзғалиш даври 18(58%) тани ташкил қилган [4]. Адабиётлардаги маълумотларга асосан бош мия фалажи билан даволанаётган беморларнинг 70 % гача беморларда тутқаноқ синптоми кузатилади. Бу эса уларнинг узоқ вақт мобайнида тутқаноққа қарши дори воситалар қабул қилишини тақазо этади. Тутқаноққа қарши дори воситаларни узоқ вақт давомида қабул қилиш гипокалцемия ривожланишига олиб келади. Айрим дори воситалар (конвулекс, депакин) метаболизм жараёнида ГАМК-трансаминаза ферментини ингибирлайди ва ГАМК биотрасформацияси блокланади. Бунинг натижасида ҳужайра мембранасидаги натрий, Т тип калций каналлари қисман блокланади ва ҳужайра ичига калций **Киришии** камаяди. Барбитуратлар (фенобарбитал, бензонал), талвасага қарши дори воситалар цитохром Р450 индукторлари бўлиб ГАМК ни фаоллаштиради ва Д витаминини жигарда метаболизм жараёнини кучайтиради. Д витаминининг парчаланишини ошиб кетиши ичакларда калцийни сўрилишини камайтиради ва гипокалцемияга олиб келади. Кальций миқдорини қонда камайиши организмнинг кўпгина тузилмаларида патологик жараёнларнинг ривожланишига сабаб бўлади. Шулардан бири бу ҳилпилловчи эпителий киприкчаларининг ҳаракатини сезиларли даражада пасайишига сабаб бўлади (Ma W., Silberberg S. D., Priel Z. 2012.).

Шундай қилиб, бош мия фалажи билан параназал синусити бор беморларда мукоцилиар транспорт тезлигини текшириш бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг ўткир, сурункали касалликларида муҳим аҳамиятга эга .

Тадқиқод мақсади: болалиқдан бош мия фалажи билан ўткир ва сурункали параназал синуситлари бор беморларда бурун бўшлиғи шиллиқ қавати мукоцилиар транспорт функциясини қондаги калций миқдорига боғлиқлигини текшириш ва комплекс давога кальций Д3 дори воситасини қўшиб, унинг клиник самарадорлигини аниқлаш .

Тадқиқод усуллари ва материаллари: Самарқанд тиббиёт институти 1-клиникаси болалар неврологияси бўлими ва маслаҳат поликлиникасида 2019-2021 йиллар давомида 3 ёшдан



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



16 ёшгача бўлган 98 та бош мия фалажи билан даволанаётган беморларда қондаги кальций миқдори ва бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг функционал ҳолатини ўргандик. Олинган кўрсаткичларни таққослаш учун бурун ва бурун ёндош бўшлиқларида патологияси бўлмаган 25 та болаликдан бош мия фалажи билан беморларда ҳам қондаги кальций миқдори ва мукоцилиар транспорт кўрсаткичлари текширилди. Сўнгра беморлар 2 гуруҳга бўлинди: асосий гуруҳ (49 та бемор), назорат гуруҳи (49 та бемор). Барча беморларга комплекс даво муолажалар қилинди, асосий гуруҳдаги беморларга комплекс даво билан бирга кальций Д3 дори воситаси қўшиб берилди ва беморларнинг қонидаги кальций миқдори, бурун бўшлиғи шиллиқ қавати функционал ҳолати даволашдан олдин, 7 ва 30 – кунлар қайта текширилиб натижалар таҳлил қилинди.

Тадқиқод натижалари: таққослаш учун бурун ва бурун ёндош бўшлиқларида патологияси бўлмаган 25 та болаликдан бош мия фалажи билан оғриган бемордан олинган натижа, яъни сахарин киритилган вақтдан оғизда ширин таъм пайдо бўлгунча ўтган вақт 5 дақиқадан 19 дақиқাগача, ёки ўртача $11,16 \pm 0,62$ дақиқани, қондаги кальций миқдори $2,28 \pm 0,09$ ммоль/л ни ташкил қилди. Ўтказилган текширув натижасида бош мия фалажи билан параназал синуситнинг ўткир ва сурункали шакллари билан, яъни асосий гуруҳдаги 49 та бемордан бурун бўшлиғи шиллиқ қавати мукоцилиар транспорт вақти $27,31 \pm 0,39$ дақиқани, қондаги кальций миқдори $1,86 \pm 0,02$ ммоль/л ни ташкил қилди. Ўтказилган текширув натижасида бош мия фалажи билан параназал синуситнинг ўткир ва сурункали шакллари билан назорат гуруҳидаги 49 та беморда бурун бўшлиғи шиллиқ қавати мукоцилиар транспорт вақти $27,08 \pm 0,42$ дақиқани, қондаги кальций миқдори $1,86 \pm 0,02$ ммоль/л ни ташкил қилди.

Асосий гуруҳдаги барча беморларга кальций Д3 дори воситаси қўшиб комплекс даво қилинди, назорат гуруҳидаги беморларга кальций Д3 дори воситаси берилмасдан антибиотикотерапия, симптоматик даво муолажалар қилинди. Кальций Д3 (кальций 250 мг, Д3 200ТБ) 3 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга 1 таблеткадан 2 маҳал, 12 ёшдан катта бўлган болаларга 1 таблеткадан 3 маҳал 1 ой мобайнида берилди. 7 ва 30 кунлар бемор бурун бўшлиғи шиллиқ қавати мукоцилиар транспорт функцияси ва қондаги кальций миқдори текширилди. Даволаниш бошлангандан 7 кундан сўнг текшириш натижаларида болаликдан бош мия фалажи билан ўткир ва сурункали параназал синуситларларда бурун бўшлиғи шиллиқ қавати мукоцилиар транспорти асосий гуруҳдаги беморларда $22,12 \pm 0,44$ дақиқани, қондаги кальций миқдори $1,94 \pm 0,05$ ммоль/л ни; назорат гуруҳидаги беморларда бурун бўшлиғи шиллиқ қавати мукоцилиар транспорти $23,94 \pm 0,42$ дақиқани, қондаги кальций миқдори $1,90 \pm 0,02$ ммоль/л ни ташкил қилди.

Даволаниш бошлангандан 30 кундан сўнг текшириш натижаларида болаликдан бош мия фалажи билан ўткир ва сурункали синуситларларда бурун бўшлиғи шиллиқ қавати мукоцилиар транспорти асосий гуруҳдаги беморларда $14,1 \pm 0,42$ дақиқани, қондаги кальций миқдори $2,2 \pm 0,02$ ммоль/л ни; назорат гуруҳидаги беморларда бурун бўшлиғи шиллиқ қавати мукоцилиар транспорти $18,82 \pm 0,48$ дақиқани, қондаги кальций миқдори $2,05 \pm 0,02$ ммоль/л ни ташкил қилди.



Хулоса :Бош мия фалажи билан гипокальцемиа фонига параназал синуситларда кальций ДЗ дори воситаси қондаги кальций миқдорини оширишга сабаб бўлади. Фармакологик ва физиологик таъсири нуқтаи назардан ҳилпилловчи эпителийда кальций колмодулин оқсил билан боғланиб цАМФ билан биргаликда кибрикчалар тебраниш частотасини оширади ва мукоцилиар транспортни тезлаштиради. Шундай қилиб биз ўтказган текширув натижалари болалиқдан бош мия фалажи фонига учрайдиган параназал синуситларни даволашда антибиотикотерапия, симптоматик давога кальций ДЗ дори воситасини қўшиб биргаликда қўллаш бурун бўшлиғи мукоцилиар транспорт фаолиятини тезлаштиришини ва касаллик белгиларини йўқолишига олиб келишини тасдиқлади.

РУХИЙ КАСАЛЛИКЛАРДАГИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

**Бажарди: Уринбоев Б. Тиббий профилактика йўналиши
402 А гуруҳ талабаси,**

**Илмий раҳбарлар: Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М.
АДТИ психиатрия ва наркологија кафедраси.**

Изланиш **Долзарблиги.** Психопрофилактика рухий касалликларнинг олдини олишга қаратилган тадбирлар системаси сифатида психогигиена билан чамбарчас боғланган. Рухий касалликлар профилактикасида юқорида айтиб ўтилганидек, умумпрофилактик тадбирлар катта роль ўйнайди. Масалан, юқумли касалликларни тугатиш, турмуш, саноат интоксикацияларини бартараф этиш асаб ва рухий касалликларнинг профилактикасидан бошқа нарса эмас. Шундай қилиб, психик касалликларни профилактика қилиш, инфекцияларга, интоксикацияларга ва ташқи муҳитнинг бошқа зарарли омиларига қарши курашни умумий даволаш тадбирлари билан бирга олиб борилади.

Текширув мақсади: Психопрофилактиканинг асосий мақсади қуйидагилар:

- а) касаллик қўзғатадиган сабабларнинг организмга таъсирини камайтириш ва йўқотиш;
- б) касаллик ривожланишига йўл қўймастик учун унга эрта диагноз қўйиш ва самарали даволаш;
- в) тўла-тўқис даволаш ва касаллик қайталаниши ва унинг сурункали турларга ўтиб кетишининг олдини олишга қаратилган чоралар қўриш.

Рухий ҳолатида ўзгаришлари бор шахсларни текширишда психопрофилактикани таъсирини билиш ва афзалликларини аниқлашдири.

Текшириш усуллари: Бу шахсларда психопрофилактик усуллари утказилди. 30 та бемор куриб чиқилди. Улардан 15 (50%) тасида профилактик ишлар утказилди, қолган 15 (50%) тасида умумий кузатув утказилди.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Текширув натижалари: Профилактика утказилган беморларда натижалар бирмунча осон ва тез кечди ва кузга кўринарли холатни берди.

Хулоса: Психиатриянинг асосий масалалардан бири психопрофилактикасидир. Психопрофилактиканинг 3 тури ажратилади.

1 – бирламчи психопрофилактика – рухий бузилишлар келиб чиқиш ва ривожланишларини оғохлантиришга қаратилган тадбирларни утказиш. Бирламчи психопрофилактика тадбирларни олиб бориш натижасида рухий касалликларнинг курсаткичи камаяди.

2 – иккиламчи психопрофилактика – бу бошланган рухий касалликларни сурункали шаклга утмаслигига қаратилган тадбирларни утказиш. Бунинг натижасида касалманд курсаткичи камаяди.

3 – учламчи психопрофилактика - бу рухий беморларнинг орасида ногиронликни олдини олиш ва меҳнатга яроқлилик қобилиятини сақлаб қолишига қаратилган тадбирларни амалга ошириш.

Психопрофилактика усуллари рухий касалликлар авжланишининг олдини олишни ҳам ўз ичига олади. Мана шунинг учун кишининг меҳнат фаолияти давридаги ва турмуш шароитларидаги рухий холати динамикасини ўрганиш муҳимдир.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА ХИРУРГИК ТУҒМА РИВОЖЛАНИШЛАР ИЧИДА ҚИЗИЛЎНГАЧ АТРЕЗИЯСИНING УЧРАШ ДАРАЖАСИ (Андижон вилояти мисолида)

Ажимаматов Х.Т
Андижон Давлат Тиббиёт Институти

Долзарблиги: Туғма ривожланиш нуқсонларини, хусусан қизилўнган атрезияси бўйича эпидемиологик тадқиқотлар ўтказиш, ушбу нуқсонларни ҳудудий ва демографик хусусиятларига кўра тарқалишини ва учраш даражасини ўрганиш долзарб ҳисобланади. Бу эса нафақат мазкур нуқсонлар ривожланиш сабаблари ва хавф омилларини аниқлашда, балки етарлича инфратузилма ва моддий база яратишда муҳим аҳамият касб этади.

Тадқиқот мақсади: Андижон вилояти бўйича туғилган чақалоқларда хирургик туғма ривожланиш қизилўнган атрезиясини учраш даражасини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари: сифатида Андижон вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази неонатал хирургия бўлимига 2016-2020 йиллар давомида қизилўнган атрезияси билан даволаниш учун ётқизилган ва операция ўтказилган чақалоқлар танлаб олинди. Тадқиқот предмети бўлиб шу вақт мобайнида қизилўнган атрезияси билан ётқизилган чақалоқларнинг архив материалларининг ретроспектив тахлили ҳисобланди.



Натижа ва муҳокама: 2015 – 2019 йиллар мобайнида туғма ривожланиш нуқсонлари билан ётқизилган чақалоқлар сони бўйича статистик кўрсаткичлар таҳлил қилинди, ҳамда улар таркибида қизилўнгач атрезияси билан туғилган чақалоқлар хиссаси аниқланди. Марказнинг клиник хисоботларига кўра ушбу йиллар мобайнида туғма ривожланиш нуқсонлари билан жами 534 та чақалоқлар шифохонага ётқизилган бўлиб, уларнинг 40,8% ҳазм тракти туғма нуқсонлари, жумладан 11,9% қизилўнгач атрезияси билан туғилган чақалоқларни ташкил қилди. Чақалоқларнинг жинси ва гестацион муддати бўйича таҳлил натижаларига кўра ҚА кўпроқ ўғил болаларда (52,6%) учради, гестация муддатига кўра эса етук чақалоқлар хиссаси кўпроқ (73,9%) эканлиги маълум бўлди. Қизилўнгач атрезиясининг анатомик шаклига кўра чақалоқлар қуйидагича тақсимланди: ҚА нинг оқмасиз тури («А» тури) жами бўлиб 3,41% чақалоқларда учради. 3,85% чақалоқда проксимал трахея-қизилўнгач оқмаси аниқланди («В» тури), 2,14% холатда эса 2 та оқмали ҚА учради («D» тури). Қолган 90,6% чақалоқларда дистал қизилўнгач-трахея оқмали ҚА («С» тури) аниқланди. гуруҳдаги беморларда ҚА билан қуйидаги туғма нуқсонларнинг биргаликда келиши аниқланди: юрак туғма нуқсонлари – 58%; ҳазм тракти туғма нуқсонлари – 25,9%; сийдик таносил тизими нуқсонлари – 17,3%; суюк-мушак тизими нуқсонлари – 7,7% ни ташкил қилган бўлса, марказий асаб тизими нуқсонлари 3,85%, Даун синдроми ва VATER мажумаси 1 нафардан чақалоқларда кузатилди.

Хулоса: Шундай қилиб, ушбу тадқиқот Андижон вилоятида қизилўнгач атрезияси бўйича биринчи эпидемиологик тадқиқот бўлиб, унинг натижаларига кўра қизилўнгач атрезиясининг тарқалиш кўрсаткичи 10000 туғруққа нисбатан 2,01 ни ташкил қилди ва ривожланиш нуқсонлари даражасида ҳудудий фарқлар мавжуд бўлиб, вақт ўтиши билан динамикаси ўзгармаган.

ЖИГАР ЦИРРОЗИНИНГ ТАРҚАЛИШ ЧАСТОТАСИНING ГЕНДЕРЛИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА 21 ЙИЛЛИК ЎЗГАРИШЛАРИНИ АНДИЖОН ШАРОИТИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ.

Асқаров И.Р., Мамасолиев Н.С., Хакимов Н.С., Усмонов Б.У., Каландаров М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. WHOSIS (2008) маълумотларига кўра, дунёда жигар циррози (ЖЦ) билан касалланиш, ҳар юз минг аҳолига 20-40 та бемор тўғри келганлиги эътироф этилган ва унинг тарқалиш частотаси, тадқиқотчиларнинг олган натижаларига бўйича, барқарор ўсишда давом этмоқда. Мавжуд адабиётлар таҳлил кўрсатадики, жигар циррозларининг эпидемиологик тавсифлари ўзгариб бормоқда: деярли дунёнинг барча мамлакатларида касалликни барқарор ўсиши қайд этилмоқда. Бундан ташқари, ушбу касалликлари бор беморларда, юрак-қон томир касалликларининг ривожланиш хавфи ошганлигини ҳам тасдиқлаб берилган. Тақдим этилган маълумотлар ва эпидемиологик тадқиқотлар, аҳоли орасида жигар циррозининг профилактикасига оид дастурларни амалга оширишда,



ҳамда, ушбу ижтимоий аҳамиятли жигар касалликларини ўрганиш учун, истиқболли илмий мавзу-ларни белгилашда қимматли ва аҳамиятлидир.

Изланишнинг мақсади. Жигар циррозининг тарқалиш частотасининг гендерлик хусусиятлари ва 21 йиллик ўзгаришларини Андижон шароитида тарқалишини ўрганиш.

Изланиш материал ва усуллари. Тадқиқотга 18-74 ёшли, Андижон давлат тиббиёт институти клиникаси бўлимларида сўровномали, биокимёвий, инструментал, функционал ва аутопсия усуллари билан тасдиқланган сурункали гепатит ва жигар циррози билан 2000-2020 йилларда даволанган бемор эркак ва аёллар популяцияси (4585та) ўрганиб чиқилди.

Изланиш натижалари. Текширув натижалари қуйидагилардан иборат бўлди: жигар циррозлари катта ёшдаги аҳолида 73,5 фоиз, аёлларда 72,0 фоиздан тарқалиш частотаси билан аниқланди. Охириги 21 йилда аниқланиш частотаси 13,8 фоизга ёки 1, 2 мартача орган. Гендерли фарқлари касалликни тарқалиш частотаси бўйича сезиларсиз даражада ифодаланади ($P>0,05$). ЖЦ эркакларда – 74,4 фоиз ва аёлларда 72,0 фоиздан аниқланиш частотаси билан ҳарактерланади. Гендерлик хос жихатлар касалликни ўсиш суръатларида кузатилади, аёлларда ЖЦ 21 йилда 18,7 фоизга ва эркакларда 10,7 фоизга кўпайиш билан, яъни 8,0 фоиз тафовут билан аёлларда ортиқ кўпайиб бориш тенденцияси хос бўлиб тасдиқланди ($P<0,05$).

Хулоса. Жигар циррозини Андижоннинг катта ёшдаги аҳолиси орасида тарқалишини ва гендерлик хусусиятларини 21 йиллик клиник – эпидемио-логик мониторинг натижалари бўйича хос жихатга эга бўлиши аниқланди. Ушбу натижалар бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактик амалиётини ЖЦ га нисбатан илмий асосланган тарзда оптималлаштиради, ҳамда, прогноз-лаш жадваллари ва технологияларини яратиб бериш учун асос бўлиб хизмат қилади.

ОНА СУТИ БИЛАН ОВҚАТЛАНТИРИШНИНГ ГЎДАКЛАР САЛОМАТЛИГИГА ТАЪСИРИ

Атажанов Х.П., Оллаберганова Ш.М..

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Тадқиқот мақсади: Эрта ёшли болалар ривожланишининг биринчи ярим йиллик даврида уларнинг ривожланиши жуда шиддатли кечади, орган ва системалар такомиллашиб боради, ҳаётини фаолиятлар тобора уйғунлашади. Шу сабабли бу даврда уларда кечиши мумкин бўлган салбий омиллар ички аъзолар структурасининг ва фаолиятининг бузилишига олиб келади, натижада уларнинг жисмоний ривожланишида салбий оқибатлар келиб чиқиши мумкин. Шу сабабли ҳар бир оилада баркамол авлодни шакллантиришда шу оиланинг ҳаёт тарзи катта аҳамиятга эгадир, айниқса бу борада уларнинг тўғри овқатлантириш жуда муҳимдир.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Материал ва услублар: Биз 145 та 3 ёшгача бўлган болаларнинг саломатлик ҳолатларини ўргандик. Тадқиқот объекти – Урганч туман маркази оилавий поликлиника, Урганч шаҳар 3 – болалар поликлиникаси ва Темир йўл тармоқлари шифохонасига қарашли поликлиникада 112/ у болаларнинг ривожланиш тарихи ва тиббий муружаат маълумотлари асосида ўрганилди, ҳар бир болага анкетавий таҳлилий тиббий харита тўлдирилди.

Натижалар: Инсоннинг овқатланиш жараёни оила шароитига ўтар экан, тўғри овқатланиш қоидаларига риоя қилиш асоси оилада яратилмоғи лозим. Уларда ўсиш – ривожланишга салбий таъсир кўрсатувчи сабаблар, шарт – шароитлар аниқлаб олинди. Анамнестик маълумотларни таҳлил қилиш учун оила анамнезини, боланинг хомила ва туғриқдан кейинги ҳолати, боланинг ўсиб ривожланиб боришидаги хусусиятлар, бошидан кечирган касалликлар турмуш шароитлари, ота-онасининг зарарли одатлари, наслий касалликлар тўғрисидаги маълумотларни ўз ичига оладиган махсус қайтнома ишлаб чиқилди.

Юқоридаги жадвалдан кўришиб турибдики, эрта ёшли болаларда касаллик олди фон ҳолатларнинг учрашиши қўйидаги кўринишда ифодалаш мумкин: камқонлик, оқсил-энергия танқислиги, рахит, экссудатив катарал диатез.

Фон ҳолатлари ушбу болаларда орттирилган иммун етишмовчиликка олиб келиб, уларда ўсиш ва ривожланишнинг ташқи омилларига мослашувининг бузилишини келтириб чиқаради, натижада бундай болалар турли касалликларга берилувчан бўлиб қолади. Касаллик олди фон ҳолатлари келиб чиқишида овқатланишнинг ахамиятини таҳлил қилдик.

Ўздакларни овқатлантиришда 69% бола табиий, 20% аралаш, 11% и сунъий, фақат кўкрак сути билан овқатлантирилган бололар эса 22% ни ташкил қилади. Демак кўкрак сути билан боқилишининг афзалликларини кенг тарғиб этишга қарамай, аралаш ва сунъий овқатлантириш даражаси юқориликча қолмоқда. Бу боланинг 69% ида овқатланиш тўғри ва 31%ида нотўғри олиб берилган.

Тадқиқотда шу нарса аниқландики, ўздакларда рационал овқатлантириш тўғри ташкил қилинмаган, қўшимча овқатлар нотўғри киритилган, болалар кўп ҳолларда бир томонлама овқатлантирилган, озуқалар барча ингредиентлар билан етарли бойитилмаган.

Бундан кўришиб турибдики, болалар етарли даражада, микроэлементлар егулик билан қабул қилмасдан, аксинча ёғ, ширинликлар, чойни хаддан зиёд кўп истеъмол қилмоқдалар. Болалар овқатида мевалар, айрим сабзавотлар етишмайди, уларнинг егулигида карбон сувлар, хайвон оқсиллари, ёғ, ширинликлар меёридан ошиқ, кальций, фосфор, темир моддалари, Витамин А эса оз. Нохуш экологик ҳолатларда етарли овқатланмаслик уларнинг жисмоний ривожланишига салбий таъсир кўрсатиб бу эса болалар ўртасида турли касалликларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади.

Демак, **Хулоса** қилиб айтиш мумкинки, кўпроқ овқатланиш билан боғлиқ хасталикларнинг (фон, гиповитаминозлар ва бошқалар) келиб чиқишнинг олдини олишда



тўғри овқатлантиришни ташкил қилиш, буни оналарга албатта ўргатиш ва тарғибот қилишда ҳали ҳам кенг қамровли ишлар олиб борилиши лозимдир.

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ЭШЕРИХИОЗ ИНФЕКЦИЯСИНИ ОВҚАТЛАНИШ ТУРЛАРИГА БОҒЛАБ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Атажанов Х.П., Якубов Д.М., Оллаберганова Ш.М.
Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Муаммонинг **Долзарблиги.** Эрта ёшдаги болаларда ўткир ичак юқумли касалликлари барча юқумли касалликлар ўртасида асосий ўринлардан бирини сақлаб туриши билан давом этмоқда. Оналар ва болалар саломатлигига алоҳида, давлат миқёсида аҳамият берилмоқда буни болаларнинг туғилиши билан онасига берилиши ва табиий овқатлантиришнинг кечиктирмай бошланишида ҳам кўришимиз мумкин.

Максад. Эрта ёшдаги болаларнинг эшерихиоз инфекциясини овқатланиш турларига боғлаб клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Бемор болаларнинг овқатланиши турига кўра фарқлигини эрта ёшдаги бемор болаларнинг эшерихиоз инфекциясининг овқатланиш турларини таҳлил қилганимизда табиий овқатлантириш 6 та (20%) бемор болада, сунъий овқатлантириш 13 та (43,3%) бемор болада, аралаш овқатлантириш 11 та (36,7%) бемор болада кузатилди. Бизнинг текширувимиздаги бемор болаларда сунъий овқатлантириш ва аралаш овқатлантириш кўпроқ кузатилди. Бунга сабаб она сутидан болага етарли даражада калориялар ва витаминлар бўлиши ҳамда она сутидан иммунитетлар (антитаначалар) ўтиши бир қанча олимлар томонидан такидланган. Она сутида яъна авзалиги оқсилни парчаловчи лактулоза ферментлари бўлиши тасдиқланган, бу фермент боланинг ошқозонидаги она сутини парчалаб боланинг ичакларидан сўрилишини енгиллаштиради. Булардан уч турдаги (табиий, аралаш, сунъий) овқатланган бемор болаларда касалликнинг оғирлик даражаларига бўлиб чиқанда шу кўрдикки ўрта оғир шаклида 4 та табиий турда овқатланган бола, оғир шаклида 2 та бемор бола кузатилди. Аралаш овқатлантиришда ўрта оғир шаклида 7 та бемор болалани ташкил қилди, оғир шаклда эса 4 та бемор болаларда кузатилди. Сунъий овқатлантириш турида эса ўрта оғир шаклида эса 5 та бемор болаларни ва оғир шаклида эса 8 та бемор болаларни ташкил қилди. Эрта ёшдаги болаларда ёш бўйича тақсимланганда туғулгандан 1 ёшгача бўлган бемор болалар 11 (36,7%) тани ташкил қилди, 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган бемор болалар эса 19 (96,3%) тани ташкил қилди.

Хулоса. Бундан кўриниб турибдики касалланиш 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган бемор болаларда туғулгандан 1 ёшгача бўлганларга нисбатан 1.7 марта кўпроқ кузатилди. Эрта



ёшдаги бемор болалар табиий овқатлантириш турида касалликнинг енгил кечиши ва клиник белгилари енгил ўтиши кузатилди.

ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНИНИ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТАРҚАЛИШИ

**Ахмадалиева У.К., Салоҳиддинов З.С., Максумова Д.К., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.
Андижон Давлат тиббиёт институти**

Ортиқча тана вазни юрак қон томир касалликлари, жумладан артериал гипертония (АГ) ни келиб чиқишига ва ривожланишига олиб келувчи хатарли омиллардан бири ҳисобланади. АГ ни бошқа хатарли омилларидан фарқли улароқ, ортиқча тана вазни бошқарса бўладиган омиллар қаторига киради ва уни камайтирилиши ёки бартараф этилиши касалликни номедикаментоз даволаш усулларида бири ҳисобланади.

Ҳозирги кунда семизлик нафакат Европа ва Америка, балки Ўзбекистонда ҳам давримизнинг энг долзарб муаммоларидан бирига айланиб улгурган.

Тадқиқотнинг мақсади: Андижон шаҳри уюшмаган аҳолиси орасида артериал гипертониянинг хатарли омили – ортиқча тана вазнининг тарқалиши ва унинг ёшга боғлиқ ҳолда ўзгаришини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар: Текширувда 15 ёшдан 70 ёшгача бўлган 658 та эркак ва 562 та аёллар катнашган. Антропометрик ўлчашлар қуйидагича бажарилди: бўйи пойабзалсиз тик турган ҳолда 0,5 см аниқлик билан, тана вазни 0,1 кг гача аниқлик билан (пойабзалсиз) ўлчаниб баҳоланди. Улардан келиб чиқиб Кетле формуласи бўйича ва ЖССТ таснифидан фойдаланиб тана вазни индекси аниқланди (тана вазни (кг)/бўй (м²)): Кетле индекси ≤18,5 га тенг бўлганда тана вазнини етишмаслиги, 18,5-24,9 га тенг бўлса тана вазни меъёрда, 25-29,9 бўлса тана вазни ортиқча, 30-34,9 бўлса семизлик I синфи, 35,0-39,9 бўлса семизлик II синфи ва 40 ≥ бўлса семизлик III синфи деб баҳоланди.

Олинган натижалар шунини кўрсатадики, ортиқча тана вазни текширилган эркакларнинг 9 % и ва аёлларнинг 16 % ида аниқланган. Жумладан, 15 ёшдан 19 ёшгача бўлган эркакларнинг 1,1% и ва шу ёшдаги аёлларнинг 1,4 % ида ортиқча вазн борлиги аниқланган. Ёш ўтиши билан бу кўрсаткич ортиб борган ва 20-29 ёш оралиғида 3,7 % аёлларда ва 2,1 % эркакларда ушбу ҳолат кузатилган.

30-39 ёшда ортиқча тана вазни 4,8 % эркаклар ва 6,5% аёлларда аниқланган. 40-49 ёшда бу омил 7,5% эркакларда ва 9,4 % аёлларда учрайди. 50-59 ёшда эса бу кўрсаткич 11,2 % эркаклар ва 12,9 % аёлларни ташкил этади.

60-69 ёшда ортиқча тана вазни 15,4 % эркакларда ва 16,5% аёлларда кузатилди. 70 ва ундан катта ёшда ортиқча тана вазни билан эркаклар 18,7 % ни, аёллар 19,4 % ни ташкил этди.



Хулоса: Ўтказилган тадқиқот натижаларидан кўриниб турибдики, ортиқча тана вазни аёллар орасида эркакларга нисбатан 1,8 марта кўп учрайди. Ёш утиб бориши билан бу кўрсаткич эркакларда ҳам, аёлларда ҳам ортиб боради. Ортиқча тана вазнини камайтириш орқали АГни ривожланиши ва асоратларини олдини олишга эришиш мумкин.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ТУРЛАРИНИНГ ЭРКАКЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ТАРКАЛИШИ

Ахмадалиева У.К., Салоҳиддинов З.С., Валиева М.Ю., Алибеков Ш.О., Б.Б.Кадиров, Андижон Давлат тиббиёт институти

Хозирги кунда артериал гипертония билан касалланишнинг усиб бораётганлиги ва бунинг оқибатида улим даражасининг ортиши ушбу муаммонинг **Долзарблигини** курсатмоқда. Бу муаммони хал қилишда артериал гипертония турларининг тарқалиш даражаси ва хусусиятларини урганиш муҳим аҳамият касб этмоқда. Замонавий АГ(артериал гипертония) ҳақида Республикаимизнинг Андижон шаҳри шароитида эркаклар популяциясида артериал гипертония тавсифлари ҳақида аниқ эпидемиологик тасаввурга эга бўлиш ва амалиётга зарур ашёвий илмий далиллар бериш учун ушбу масалалар тадқиқотимизга мақсад қилиб олинди.

АГ ни 15-70 ва ундан утган ёшдаги Андижон шаҳри эркаклари популяциясида тарқалиши даражалари урганиб чиқилди. Ундаги натижалардан қуринадики, 15-70 ёшли ва ундан ошган эркаклар популяциясида (жами – 1313 та репрезентатив аҳоли гуруҳи текширувдан ўтказилган). АГ нинг 4 та тури тафовут билан қуйидаги даражаларда қайд қилинади. Систолик артериал гипертония – 38,1% ва унга қиёслаганда 1,1 баробарга кўп бўлиб (41,3%) ёки 3,2 % тафовут билан диастолик артериал гипертония ($p < 0,05$), 33,9 % га етиб, артериал гипертония ва энг кам (3,1 %), яъни систолик артериал гипертонияга таққосланганда 12,3 мартага ($p < 0,001$), диастолик артериал гипертонияга нисбатан 13,3 баробарга ($p < 0,001$) ва артериал гипертонияга солиштирилганда 10,9 марта ($p < 0,001$) паст курсаткичлар билан «бошсизланган» АГ учрайди.

Демак, АГ турлари алоҳида эпидемиологик қизгилар билан тавсифланади ва бу эса шубҳасиз муайян мақсадли даволаш профилактика дастурларини режалаштиришни ҳамда амалга оширишни тақозо этади. Аникроги, асосан диастолик артериал гипертонияга, камроқ систолик артериал гипертонияга ва жуда кам бўлсада, албатта, «бошсизланган» АГ га нисбатан ёки ҳар учинчи эркакларда АГ га нисбатан фаол бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактик тадбирлар ўтказиш зарурлигини курсатади.

Натижаларга қура, эркаклар популяциясида энг кўп 72,6 % га етиб, юмшоқ АГ учрайди, унга нисбатан 2,6 баробарга кам бўлиб, (27,9%) ёки 44,7 % тафовут билан уртача оғир даражали АГ қайд этилади ($p < 0,001$). Энг кам курсаткич (24,5%) билан, яъни юмшоқ АГ га



киёслаганда 3 баробар кам ($p < 0,001$) ва уртача даражали АГ га таккосланганда эса деярли 3 % га тафовутланиб ($p < 0,05$) кам даражаларда огир АГ кузатилади.

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

ЦИТОЛОГИК УСУЛДА БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОННИ ТАШХИСЛАШГА ДОИР.

Ахмедов У.Х., Эшқобилов Т.Ж.

Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети

Мавзунинг **Долзарблиги.** Бачадон бўйни саратонидан ўлим ҳолатлари Ўзбекистонда 40 ёшдан ошган аёллар ўртасида етакчи ўринни эгаллаб турибди. Ушбу ҳасталикни эрта таххислаш ва даволаш муолажаларини эрта бошлаш бугунги кунда тиббиётнинг бош масаласи ҳисобланади. Онкогеникология амалиётидаги таххислаш усуллари қаторига цитологик таххис усули қулай ва арзон усул бўлганлиги туфайли, уни барча даволаш муассасаларида қўллаш имкони бор. Шу боисдан ушбу усул билан таххислаш жараёнининг таххили барча шифокорлар учун муҳим аҳамиятга эга ва долзарб ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади. Цитологик усул билан таххисланган бачадон бўйни патологияларини катта миқдорли материаллар бўйича таххил этиш ва улар орасидан бачадон бўйни саратони ҳавфи юқори бўлган нусхаларини ажратиб алоҳида таххил этиш ушбу тадқиқотнинг асосий мақсади ҳисобланади.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети 1-сонли клиникасининг патологоанатомик бўлимига кейинги 5 йил ичида таххислаш учун юборилган 887 та беморнинг цитологик текшириш натижалари таххилдан ўтказилди. Барча беморлардан цитологик текшириш учун суртмалар бачадон бўйнидан (экзо- ва эндоцервикс) олинган. Буюм ойначаларидаги суртмалар Папаниколау усулида метил кўки бўёғида бўялган. Беморларнинг ёши 19-79 оралиғида бўлиб уларнинг аксарият қисмини яъни 89,8%(798 бемор) туғруқ ёшидагилар ташкил этади. Менопоузал даврга тегишли беморларнинг сони 89 тадан иборат.

Тадқиқот натижалари. Суртмаларнинг микроскопик текшириш натижаларига кўра беморларнинг 567 тасида (63,1%) турли даражадаги яллиғланиш белгилари кузатилди. Уларнинг асосий қисмида жараённинг ўткир ёки сурункали тусдаги оддий яллиғланиш белгилари ва айрим беморларда фиброматоз ва гранулематоз белгиларига ҳос хужайралар тўплamlари мавжудлиги қайд этилди. Беморларнинг 231 тасида (26,02%)



турли даражадаги дисплазия, шу жумладан 57 беморда II-III даражали дисплазия (CIN II-III) аниқланди ва уларнинг 17 тасида қушимча биопсион текшириш ўтказилиб бачадон бўйнининг ясси хужайрали саратони ташхисланди. 99 беморда цитологик текшириш натижасида турли даражадаги дескваматив белгилар билан намоён бўлган паракератоз, дискератоз ва лейкоплакия ташхислари ўрнатилди. Шуни алохида таъкидлаш лозимки, дисплазия ташхиси тасдиқланган беморларнинг 17 таси 29-35 ёшдагилар бўлиб гинеколог врачга сўнгги 6 ой вақт ичида мурожат этишмаган ва ушбу ташхис уларда биринчи марта ўрнатилган.

Хулоса. Цитологик текшириш натижаларига кўра бачадон бўйни ва танаси патологияларини ташхислаш бугунги кунда жуда қулай, кам ҳаражатли усул бўлиб, ундан барча даволаш масканларида фойдаланиш мумкин. Ушбу усул билан факултатив ва облигат ўсма олди ҳолатларни ўз вақтида ташхислаш бачадон саратонини эртачи ташхислаш учун асос бўлиши мумкин. Цитологик усулда дисплазия ва унинг даражаларини аниқлаш орқали ушбу патологиянинг динамик ривожланишини кузатиб бориш мумкин. Оғир дисплазия (CIN III) ташхисланган ҳолатларда биопсион текшириш орқали саратон хасталигининг ноинвазив даврини аниқлаш ва даволашга **Киришиш** имкони пайдо бўлади.

ЗОТИЛЖАМ БИЛАН ОҒРИГАН ИЛК ЁШДАГИ ТАНГЛАЙ –ЛАБ КЕМТИКЛИГИ НУҚСОСИ БОР БОЛАЛАРНИНГ КЛИНИК ТАВСИФИ.

Ахрорхонов Рустамхон Акмалхон ўғли
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг **Долзарблиги.** Ҳозирги даврда АҚШ, Ғарбий Европа ва МДҲ мамлакатларида танглай-лаб кемтиклиги нуқсони билан туғилган болалар 1000:1 га тўғри келади.

Ҳозирги даврда бу туғма нуқсонни жарроҳлик йўли билан муваффақиятли даволашмоқда. Аммо жарроҳлик жараёнига болалар соғ, етук вазнли, хамроҳ касалликлардан (камқонлик, оқсил-энергетик танқислик, зотилжам, дисбактериоз ва бошқалар) ҳоли бўлишлари лозим.

Тадқиқот мақсади. Эрта ёшдаги танглай-лаб кемтиклиги нуқсони бор болаларда зотилжамнинг клиник кечишини таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Ушбу ишда танглай-лаб кемтиклиги нуқсони бор 58 та болалар (асосий гуруҳ) ва бундай нуқсонсиз ривожланган, шунингдек тўлиқ даволаниши лозим бўлган ўчоқли қўшилувчан зотилжам билан оғриган 116 та бола (назорат гуруҳи) ўрганилди.

Натижалар. Танглай-лаб кемтиклиги нуқсони бор болаларда ва бундай нуқсонсиз ривожланган зотилжамнинг клиник кечиши деярли бир-биридан фарқ қилмайди, аммо



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



танглай-лаб кемтиклиги нуқсони бор болаларда кўпинча ўпкада сегментар турдаги инфильтратив ўзгаришлар устун туради. Қон кўрсаткичларида кўпинча лейкопения, эозинопения, моноцитопения кўрилди, бу эса ўз навбатида организмнинг ҳимоя-мослашиш хусусиятларини пасайиб кетганлигидан далолат бериб, даволаш жараёнида умумий даволаш чора-тадбирлари билан бирга қаршилиқ кучини кўтарувчи дори воситаларини кенг қўллаш кераклигини кўрсатади.

Ўткир зотилжамнинг авж олган даврида I, II даражали нафас олиш етишмовчилигининг ривожланиши, тахминан бир ҳил миқдордаги беморларда (42,6% ва 47,5% да мос равишда) III даражали нафас олиш етишмовчилиги 9,9% беморларда қайд этилди. Зотилжамнинг узоқ (чўзилган) кечиш жараёнининг ушбу даврида I даражали нафас етишмовчилиги шубҳасиз кам ($P < 0,01$) кузатилди. Бу шунинг ҳисобига бўлдики, II даражали нафас етишмовчилиги бир қанча кўпроқ ўрин олди ($P < 0,05$).

Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг гемодинамик бузилиши бир ҳил частотада ривожланди. Айрим ҳолатларда юрак етишмовчилиги аломатлари (цианоз ва юзнинг шишинқираши, юрак уришининг бузилиши, асосан чап томонда, юракнинг симиллаб оғриши ва нисбий чегарасининг кенгайиши, бўйин венасида қоннинг ивиб қолиши аломати, жигар ҳажмининг катталаниши) устунлик қилди.

Асосий ва назорат гуруҳидаги зотилжамнинг авж олган даврида юрак-қон томир етишмовчилиги, асосан, юракнинг ўнг қоринчаси етишмовчилиги (жигар ҳажмининг катталаниши, акроцианоз, бўйин томирларидаги қоннинг тўхтаб қолиши, сийдик миқдорининг камайиши (олигоурия) камдан-кам умумий ҳарактерга эга. Кейинги ҳолатда беморларнинг аҳволи кескин оғирлашди, цианоз кучайди, нафас етишмовчилиги III даражага етди, ўпкада икки томонлама хириллашлар, крипитациялар аниқланди.

Ҳулоса. Кузатувимиздаги (асосий гуруҳ) танглай-лаб кемтиклиги нуқсони бор бемор болалар ошқозон-ичак тизимидаги ўзгаришлар эътиборга лойиқ бўлди. Ичак синдроми касаллик бошланиши билан ёки касалхонага тушгач 2-3 кундан кейин намоён бўлди ва касалликнинг ўткир даврида асосий симптом сифатида қолди. Боланинг кўкрак билан овқатланишига тўсқинлик қилувчи туғма нуқсон (аксарият болалар биринчи кундан суьний овқатлантиришда бўлган), ошқозон-ичак тизимидаги ўзгаришлар қанча кўпайса ўпка-нафас тизими томонидан кечаётган жараёнлар шунчалик кучайди. Қон кўрсаткичлари бўйича лейкопения, нейтропения, эозинопения, моноцитопения устунлик қилди, бу ўз навбатида беморларда ҳимоя-мослашув имкониятларининг пасайишини кўрсатади ва бу беморларга ҳаммага мақул даволаш чора тадбирлари билан бир қаторда стимул берадиган дори-дармонлар тавсия этиш зарурлиги ҳақидаги масалани кўндаланг қўяди.



БОЛАЛАРДА ТИРСАК БЎҒИМИДА КОНТРАКТУРАЛАР ВА ДЕФОРМАЦИЯЛАРНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Ахтамов А., Юсупов Х.Қ., Ахтамов А.А.
Самарқанд Давлат тиббиёт университети

Мавзунинг **Долзарблиги.** Тирсак бўғимининг шикастланишлари болаларда таянч-ҳаракат аъзолари барча шикастланишларнинг 40% дан 50% гача ташкил этади (Тер-Егназаров Г.М., Миранов С.П. 2000, Стужина В.Т., 1997, Корзынков П.А. 2015).

Болаларда тирсак бўғими шикастланишларини ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларини қўлланилишига қарамасдан, қониқарсиз натижалар улуши нисбатан юқориликча қолмоқда 16-20% (Меркулов В.Н., Стужина В.Т., 2014, Богданов А.В., Жобин Г.И., 2016). Болаларда тирсак бўғим контрактурасида бўғим функциясини тиклашда функционал даволашнинг самарали усулларини танлаш муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқот мақсади. Тирсак бўғимида контрактураларни ортопедик реабилитацияларнинг самарадор усулларини қўллаб косметик нуқсонларни бартараф этиш ҳамда тирсак бўғимининг функциясини тўлақонли тиклаш.

Материал ва текшириш усуллари. Консерватив даволаш усуллари кузатувимиздаги 42 беморда даволаш натижалари таҳлили мақсадида қўлланилди. Барча беморлар клиник рентгенологик, лаборатор текширувлардан сўнг ҳар бир беморга индивидуал ёндашилиб даволаш усуллари танланди. Даволаш усулини танлашда бемор ёши, шикастланиш характери, жароҳатланганлик муддати, бўғимда фаол ҳаракатнинг чекланганлик муддати ҳисобга олинди. Шунингдек биринчи бор даволанган беморларда тикланмай қолган ва нотўғри ҳолатда суякланиб нотўғри битган синиқлар даражаси ҳисобга олинди.

Давлаш натижалари. Бўғим ҳолатини тиклашга қаратилган комплекс даволаш муолажаларини қўллашдан асосий мақсад тирсак бўғимида ҳаракат амплитудасини яхшилаб қўлнинг нерв-мушак аппаратининг функционал ҳаракатини тўлақонли тиклашдани иборат.

Болаларда тирсак бўғимининг посттравматик контрактураларини даволаш бўғимнинг “янги” синишларини даволашдан фарқ қилиб ўзига хос хусусиятларга эга. Жумладан:

1. Даволаш жисмоний машғулотларни бажаришда бўғим юмшоқ туқималаридан шиш ёки оғриқ кузатилмайди.
2. Тирсак бўғим соҳасида юзасини ҳосил қилувчи компонентларда иккиламчи ўзгаришлар кузатилади.
3. Тирсак бўғим даврида чандиқли ҳосилалар пайдо бўлади.
4. Елка суяк дистал охири деформациялари билан бўғим ичи ёки бўғим олди синиқ булақларининг биргаликдаги ҳаракати туфайли бўғимда функционал ҳаракатнинг чекланиб қолиши кузатилади. Комплекс реабилитацион муолажалар физиотерапия, уқалаш, жисмоний ва гимнастик машғулотлар, қўлни максимал буқилган ёки ёзилган ҳолатда тутиб туриш, сувда сузиш ҳамда сув ичида уқалаш (гидромассаж) қўлланилади.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Даволаш жисмоний машғулотлар индивидуал қўлланилишига катта эътибор берилди. Мазкур мақсадда иссиқ (илиқ) сувда фаол машқлар, изометрик режимда мушакларни зўриқтириб чиниқтириш машқлари қўлланилади.

Даволаш жисмоний машқлари гуруҳларда бажаришда асосий мақсад беморнинг умумий жисмоний ривожланишини яхшилашга қаратилди. Машғулотлар ҳаракатларини координациялар, мушакларни чўзиш ва бўшаштиришга, заифлашган қўл мушакларини статик машқлар бажаришни ўз ичига олади. Шунингдек гимнастик машғулотларни бажаришда гимнастик таёқчалар, коптокчалар, резинали бинтлар, гантеллардан фойдаланиб машғулотлар гимнастик деворда ва гимнастик скамейкада бажариш тавсия этилади.

Мактабгача ёшдаги (4-7 ёш) болалар учун даволаш физкультура залида машғулотлар 20-25 минут, кичик мактаб ёшидаги болалар учун 30-35 минут, ўрта ёшдаги мактаб болалари учун (13-14 ёш) 40-45 минут. Даволаш гимнастик машқлари умумий қувват оширувчи машқлар, махсус машғулотлар тирсак бўғимининг контрактурасини тиклашга қаратилди. Даволаш жисмоний (гимнастик) машғулотлардан сўнг қўм солинган хартачалардан фойдаланиб тирсак бўғим максимал букилган ёки максимал ёзилган ҳолатда тутиб туриш усуллари қўлланилади.

Ёши 12 ёшдан катта болаларда тирсак бўғимида ҳаракат амплитудасини яхшилаш мақсадида мехонатерапия усули қўлланилади.

Физиотерапия муолажаларидан даволаш мақсадида ультрабинафша нурлар (5 сеанс) УВЧ-даволаш (7-8 сеанс), парафин (ёки озокерит) муолажалари 400 ҳароратда 40 минут давомида 12-15 та муолажа қўлланилди. Натрий хлор, калий йод, лидоза (64 бирликда) гулизол (1 мм) эритмалари билан электрофорез кенг қўлланилди. Шунингдек фонофорез тримол Б билан (6-8 мин.дан) жароҳатланган тирсак бўғим соҳасига қўлланилди. Ҳаракат функциясини яхшилаш мақсадида елка ва билак мушакларига магнит-импульсли стимуляция (10 та сеанс) ва елка мушаклари соҳасига электростимуляция (10 сеанс) ҳамда лазер билан даволаш (8-10 сеанс) қўлланилди (10 сеанс).

Хулоса. Беморларни даволаш натижалари таҳлил қилинганда шундай **Хулоса** қилиндики, операциядан кейинги даврда билакнинг бурама ҳаракатли машқларини бажариш эрта бошланган. Шунингдек билакнинг пронацион ҳаракатланишлари билак сўяги бошчасини чиқишига сабаб бўлади. Шунинг учун мазкур салбий ҳолатларни олдини олиш мақсадида тирсак бўғимида ҳаракатлантириш машқларини сагитал текисликда бошлаб, операциядан 4 ҳафта ўтгач билакнинг ротацион ҳаракатларини тиклашга қаратилган машқларни бажаришни тавсия қиламиз.



ХОРАЗМДА КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРНИНГ КЎКРАК ҚАФАСИ ТУЗИЛИШИДАГИ КЎРСАТКИЧЛАРНИ ГИГИЕНИК ТАХЛИЛИ.

Ачилова И.Қ., Иноятова Н.Н.

Тошкент Тиббиёт Академияси Урганч филиали гигиена кафедраси.

Мавзунинг **Долзарблиги:** Боланинг ўсиши ва ривожланиши даврида ривожланишдаги силжишлар, айниқса ноқулай омилларга узоқ вақт таъсир қилиш билан, патологик жараёнларга осонгина айланиши мумкин. Болалардаги кўкрак қафасининг катталиги ва шакли, шунингдек, тананинг узунлиги ва оғирлиги боланинг жисмоний ривожланишининг уйғунлиги ҳақида фикр беради. Антропометрик кўрсаткичлар боланинг жисмоний ривожланишини тўғри баҳолашнинг асосий белгиси ҳисобланади. Болаларнинг тана вазни, бўй узунлиги, тана тузилишини ифодаловчи кўкрак қафаси айланаси ва унинг тузилиши ҳамда бош айланаси кўрсаткичлари ёш меъёрларига мос келиши керак. Шахснинг саломатлиги ва жисмоний ривожланиш кўрсаткичи кўкрак қафасининг шакли ва кўкрак қафаси айланасининг ўзаро мутаносиблигини ифодалайди.

Тадқиқот мақсади. Мактабгача ёшдаги болаларнинг жисмоний ривожланиш ҳолатини ўрганишда Хоразм вилояти Хонка туманидаги 3 ёшдан 6 ёшгача бўлган болалар ўртасида тадқиқот ўтказдик. Болалардаги кўкрак қафаси шаклини аниқлаш учун биз соматоскопик ва соматометрик усулда текширув олиб бордик.

Материаллар ва усуллар: Соматометрик ва соматоскопик усуллардан фойдаланган ҳолда, мактабгача ёшдаги болаларни ёш бўйича ривожланиш, кўкрак қафаси шаклининг ривожланиш кўрсаткичлари аниқланди.

Натижалар ва муҳокамалар. Ўрганишлар натижасида Хонка туманидаги 3 та мактабгача таълим муассасасида тарбияланаётган жами 326 нафар болалар текширилди. Олинган натижалар шуни кўрсатдики текширилган болалардан 287 нафарининг кўкрак қафасини тузилиш шакли нормал кўрсаткичга эга эканлиги аниқланди. шулардан, 23 нафарининг кўкрак қафасининг тузилиш шакли “товуқ кўкрак қафаси”, 10 нафарининг кўкрак қафасининг тузилиш шакли эса “етикдўз кўкрак қафаси” ва 6 нафар болаларда кўкрак қафаси “тасбеҳсимон” шаклдалигини кўрсатди.

Хулоса. Болалар кўкрак қафаси бузилишида энг аввало, яхши овқатланмаслик, очиқ ҳавода сайр қилмаслик, етарли ухламаслик, сузиш, гимнастика билан шуғулланмаслик бундай нуқсонлар ривожланишига олиб келади. Кўрак қафаси тузилишининг бузилишини олдини олиш учун болани чақалоқлигидан она сути билан боқиш мақсадга мувофиқдир. Болаларга мева ва полиз маҳсулотлари, шарбат бериш, қуёш ваннасини қабул қилиш, узоқ вақт очиқ ҳавода сайр қилдириш зарур. Булар ҳаммаси ўсаётган организмни керакли минерал туз ва витаминлар билан таъминлайди. Ота-оналарга 2-3 ёшдан бошлаб комплекс гимнастика машқларига эътибор бериш, сув спорти, чанғи учиш фойдали эканлигини тушунтириш тавфсия қилинади.



КЛИМАКТЕРИК ДАВРДАГИ АЁЛЛАР ЎРТАСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ КЕЧИШНИ БАХОЛАШ

Бахриддинова Н.М., Таштемирова И.М., Қодирова Г.И.
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириши. Артериал гипертензия ривожланишида беморларнинг жинси ва ёши, хусусан, организмдаги гормонал ўзгаришлар даврлари катта аҳамиятга эга. Климактерик даврда жинсий гормонлар етишмовчилиги натижасида артериал гипертензия тез-тез ривожланади, унинг умумий соматик ва кардиогемодинамик кўринишлари аёлларнинг ҳаёт сифатини пасайтиради ва унинг давомийлигини камайтиради. Кўпгина тадқиқотлар артериал гипертензия ривожланиши ва менопаузанинг бошланиши ўртасидаги боғлиқликни исботлади. Шундай қилиб, постменопаузал аёллар нафақат гипертензиянинг юқори даражаси ва ривожланиши билан, балки касалликнинг тезроқ ривожланиши билан ҳам ажралиб туради.

Текширув материаллари ва усуллари. Биз ҳам аёллар орасида АГни кай даражада тарқалганлиги ҳақида илмий тадқиқот ўтказдик. Илмий тадқиқот АДТИ клиникасининг кардиология бўлимларида даволанган аёл беморлар текширувга олиниб, касаллик тарихларини ретроспектив ўрганиш асосида олиб борилди.

Илмий тадқиқот натижалари. Аёлларни ёши гуруҳларга ажратиб олинди ва натижалар тахлилига кўра қуйидаги натижалар олинди. Аёллар орасида АГни ёшга хос тарқалганлиги қуйидагича: 20-29 ёшда 2%, 30-39 ёшда 6,9%, 40-49 ёшда 26,6%, 50-59 ёшда 32,4%, 60 ёшда 32,1%ни ташкил этди ва АГ 50-59 ва 60 ёшларда кўп тарқалганлиги аниқланди. Аёлларда асосий хавф омилларини учраши қуйидагича бўлди. Аёлларни 76% асабийлашишга, 10% ирсиятга, 6,1% аёл семиришга, 3,6% климакс даврига, 4,3% менопауза даврига касалликларини боғлиқ деб билишган. Текшириш давомида аёлларни ЭКГда ритм бузилишлари: синусли тахикардия - 13,6%; синусли брадикардия - 5,4%; экстрасистолия – 7,8%; титрок аритмия – 0,5%; Гисс тутами қамали - 2,6%; пароксизмал тахикардия - 0,8% кузатилган. Натижаларга кўра ритм бузилишларидан энг кўпи СТ бўлиб, бу кўпроқ 20-29; 30-39 ёшдаги аёлларда кўп учраган.

Хулоса: Шундай қилиб тадқиқот натижалари климактерик даврдаги аёллар ўртасида АГ ва уни келтириб чиқарувчи хавф омилларини тарқалиши, яшаш шароити, касби, ёши, яшаётган иқлими, мунтазам ва номунтазам даволаниш турлари турли ёшларда хар-хил учраши мумкинлигини яна бир бор тасдиқлади. Бу аёллар орасида АГни ташхис қилишда, АГни олдини олиш ва даволашда аҳамиятга эга бўлиши мақсадга мувофиқ бўлади.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ОИЛАВИЙ ШИФОКОР ИШ ФАОЛИЯТИДА АХОЛИ ЎРТАСИДА РАЦИОНАЛ ОВҚАТЛАНИШ БЎЙИЧА ТАРҒИБОТ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

Бойқўзиева М.Б., Назарова Г.У.
Андижон Давлат Тиббиёт институти

Муаммо **Долзарблиги:** Керагидан ортиқча рацион калорияси танани оғирлигини оширишга ва қонда ёғ таркибини ошиб боришга олиб келади. Ҳозирги кунда анчагина илмий — тадқиқот ишлари бўлиб, унда керагидан ортиқча ҳайвон ёғларини ва сабзавотларни истеъмол қилиниши, уни сакланиши ва атеросклерозни ривожланиши орасидаги алоқани исбот қилишга кўра, ўт пуфаги, жигар ва бошқа овқатни ҳазм қиладиган органларда касалликларни ривожланишида тўғри овқатланишни роли катта эканлиги кўрсатилган.

Мақсад: Олтинкўл тумани “Олтинкўл” оила поликлиникаси аҳолиси орасида рационал овқатланишни тарғибот қилиш ишлари сифатини яхшилаш.

Вазифалар: 1. Оила поликлиникаси ҳудудида яшовчи аҳоли орасида овқатланишнинг саломатликка таъсири ҳақидаги билимларини ўрганиш. 2. Алоҳида нораціонал овқаланувчи гуруҳлар орасида касалланишни ўрганиш. 3. Рационал овқатланишга доир аҳоли учун тавсиялар ишлаб чиқиш.

Материал ва услублар: Текширишлар 2022 йилнинг ноябр ойидан, 2023 йил феврал ва март ойларида Олтинкўл тумани «Олтинкўл» оилавий поликлиникаси ҳудудида олиб борилди. Ишни олиб бориш жараёнида биз аҳоли маълумотларини аҳолининг амбулатор карталари Ф 025/У, диспансер назорати карталари Ф-030/У, ва бошқа ҳисобот формалари каби ҳужжатлардан фойдаландик. Аввало биз аҳолининг овқатланиш характери ва рационал овқатланиш ҳақидаги билимларини аниқлаш борасида махсус сўровномаларни ишлаб чиқдик. Ишлаб чиқилган сўровномалар асосида тасодифий танлаш орқали 50 нафар киши ажратиб олинди. Сўровномалар орқали ажратиб олинган нораціонал овқатланувчи кишилар орасида касалланишни ҳам ўрганиб чиқдик. Олинган натижаларимиз асосида **Хулосалар** чиқардик. Бу текшириш ишларини бажаришда бизнинг командамиз яъни педагоглар ва оила поликлиникаси врачлари ва ўрта тиббий ходимлар яқиндан ёрдам беришди.

Натижа ва таҳлиллар: Олтинкўл тумани «Олтинкўл» оила поликлиникаси жами 10500 нафар аҳолига хизмат кўрсатади. Оила поликлиникаси хизмат кўрсатувчи аҳолининг таркиби қуйидагича: аҳолининг 38,1 % ини болалар, 61,9% ини катта ёшлилар ташкил этади. Аёллар 49,7% ни, эркеклар эса 50,3% ни ташкил қиладди. Кейинги вазифамиз аҳолининг рационал овқатланиш ҳақида билимлари ва овқатланиш характерини ўрганиш юзасидан олинган маълумотларни таҳлил қилдик. Рационал овқатланиш ҳақидаги саволларимизга 17 (34%) киши тўлақонли овқатланиш деган, 6 (12%) киши организм талабига кўра ёқтирган таомини истеъмол қилиш деган, 27 киши (54%) қатъий илмий асосланган углевод, ёғлар ва оқсилларнинг суткалик миқдори эътиборга олинган ҳолда



витаминологияга бой таомларни истеъмол қилиш деган жавобни беришган. Шунингдек, 37 киши (74%) оиламизда рационал овқатланмаймиз деган, 13 киши (26%) тўғри рационал овқатланамиз деган жавобни беришган. Аҳоли ўртасида соғлом овқатланиш бўйича режалаштирилган мавзулар бўйича тиббиёт ходимлари ва педагоглар ҳамкорликда маърузалар, амалий, кўргазмали дарслар ўтказилди. Қайта сўровнома ўтказилганда барча саволларимизга аҳолининг билим даражаси ошганлигини кўрдик.

Хулосалар:

1. Олиб борилган ишлар натижасида шунга айтиш мумкинки, оилавий поликлиника мудирлари ва ходимлари аҳоли ўртасида узлуксиз тиббий маданиятини ошириш ишлари олиб бориши керак экан.
2. Оила шифокори ва патронаж хамшира аҳолини қабул вақтида вазн-бўйини, вазн-бўй индекси **Хулосасини** ўтказиши ва олинган натижаларга асосланиб тавсиялар ва аниқланган касалликлар бўйича даволашни ўтказиши керак.

КОБАЛЬТ-ХРОМ АСОСИДА ИШЛАБ ЧИҚИЛГАН ҚОН ТОМИРСТЕНТЛАРИНИ БИОЛОГИК МУВОФИҚЛИГИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Ботиров М.Т., Норматова Ш.А., Мамажонов М.М.

**"Central Asian Medical University" тиббиёт университети, Фарғона, Ўзбекистон
Республикаси**

Кобальт хром асосидаги қотишмаларнинг структура ҳосил бўлиш қонуниятлари ва механик хусусиятларини ўрганиш ҳозирги кунда энг жадал ривожланаётган илмий йўналишлардан биридир. Ушбу илмий йўналишнинг **Долзарблиги** маҳаллий тиббиёт маҳсулотларини, биринчи навбатда, коронар ва қон томир жарроҳлиги учун томир имплантларини ишлаб чиқариш учун нисбатан арзон, коррозияга чидамли ва биомослашувчан юқори механик хусусиятларга эга (кучлилиқ ва эгилувчанлик) металл материалларга бўлган кескин талаб билан изоҳланади.

Ушбу тадқиқотнинг асосий илмий ғояси юқори биомослашув ва коррозияга чидамли томир имплантларини ишлаб чиқариш учун кобальт-хром асосида металл материалларнинг сирт тузилишининг шаклланиши ва эволюцияси жараёнларини белгиловчи асосий омилларни аниқлашдан иборат бўлиб, бу маҳаллий тиббиёт маҳсулотларини ишлаб чиқариш сифати ва самарадорлигини оширади. Кобальт-хром асосли тиббий маҳсулотларнинг термик ва электрохимик ишлов беришдан сўнг механик хусусиятларини ўрганиш ҳамда биологик мослашувчанлигини аниқлаш ишнинг мақсади ҳисобланади.

Тадқиқот учун 950 - 1300 г оғирликдаги 20 та бир турга мансуб эркак қуёнлар танлаб олинган. Ҳайвонлар тажрибадан олдин етти кун давомида кузатилиб,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



қуйидагиларга эътибор қаратилган: ташқи кўриниши, ҳатти-ҳаракати, тери ва шиллиқ қаватларнинг ҳолати, тана вазнининг ошиши, кунлик озиқ-овқат ва сув истеъмоли.

Тадқиқот учун олинган СоСгасосли томир имплантацияси учун ишлатиладиган намуналар олдиндан дезинфекциялаш воситалари ("ДС-1, Септодез") билан ишлов берилди ва кварцланди (таъсир қилиш вақти: 30 дақиқа).

Операциядан олдин жарроҳлик асбоблари 180 °С да (1 атм.) 60 дақиқа давомида автоклавда стерилизация қилинди. Стерил тикув материаллари ишлатилди.

Жарроҳлик амалиёти ўтказилган соҳадан намуналар олиниб, Фарғона вилоят Патологоанатомия бюросида некропсия текширувидан ўтказилди ҳамда имплантация қилинган жойдаги гематомалар, шишлар, чандиқлар, ўлган тўқималарнинг намоён бўлиши ва даражаси қайд этилди.

Гистологик текшириш учун қорин олд деворининг имплантацияланган стентлари бўлаклари 10% ли формалинда 24 соат давомида сақланди. Олинган гистопрепаратлардан микротом ёрдамида 2-4 мкм қалинликдаги кесиб олинди ва Маллори усули бўйича гематоксилин ва эозин билан бўялди. Тўқималар Optima микроскопи ёрдамида x40, x100 ва x400 катталаштириш орқали таҳлил қилинди.

Со-Сг қотишмаларини ўрганишдаги илмий муаммоларнинг асосий жиҳатларидан бири биологик муҳитда коррозияга чидамлилиги (биокоррозия) бўлиб, бунда қотишма ҳосил қилувчи металл ионлари ажралиб чиқади, сўнгра уларнинг турли органларга кўчиши содир бўлади, бу эса организмга салбий таъсир кўрсатади. Со-Сг қотишмаларининг коррозияга чидамлилигини оширишда қўшимча қотишма ёки сиртни тозалаш усуллари қўлланилади. Со-Сг қотишмаларига қимматбаҳо металллар (олтин, платина) қўшиш уларнинг коррозияга чидамлилигига ижобий таъсир кўрсатади, палладий қўшилиши эса унинг ёмонлашишига олиб келади. Ушбу усулларга қўшимча равишда, Со-Сг қотишмаларининг коррозияга чидамлилиги ва механик хусусиятларига иссиқлик билан ишлов бериш жараёнлари сезиларли даражада таъсир қилади. Со-Сг қотишмасини юмшатиш структурани бир ҳил ҳолга келтиради ва қаттиқликни пасайтиради, бу унинг коррозияга чидамлилигини оширади.

Тажриба ҳайвонларининг жарроҳлик амалиёти ўтказилган соҳаларидан некропсия учун биоматериаллар олинди. Улардан тайёрланган микропрепаратлар Маллори усули ёрдамида бўялиб, таҳлил қилинганда қуйидаги натижалар олинди:

Микропрепарат №1. Мушак тўқимасида миофибрил толаларининг шишиши, атрофида лимфоцитлар ва макрофаглардан иборат инфильтрация мавжудлиги, қон томирларининг нотекис тўлақонлиги, периферик қисмларида ёш бириктирувчи тўқима ўсиб кирганлиги кузатилди; Микропрепарат №2. Мушак тўқимасида миофибрил толаларининг кўндаланг тарқиллиги бузилмаган, қон томирларининг нотекис тўлақонлиги, периферик қисмларида ёш бириктирувчи тўқима ўсган, у жойда шиш, лимфоцитлар иборат инфильтрация мавжуд; Микропрепарат №3. Ичак девори қаватлари деструктив ўзгарган, шиллиқ пардаси атрофияланган; деворининг сероз қавати томонида макрофаглар, лимфоцитлар ва эпителиоид хужайралардан иборат кучли инфильтрация



ва фиброз бириктирувчи тўқиманинг ўсиши мавжуд; Микропрепарат №4. Мушак тўқимаси қон томирларининг тўлақонлиги, миофибриллаларнинг деструктив дистрофик ўзгарганлиги, атрофида бириктирувчи тўқимали капсула ҳосил бўлганлиги, унда макрофаглар, лимфоцитлардан иборат кучли инфильтрация мавжуд;

Микропрепарат №5. Ичак девори қаватлари деструктив ўзгарган, шиллиқ пардасида шиш, дистрофик ўзгаришлар; деворининг макрофаглар, лимфоцитлар ва эпителиоид ҳужайралар билан инфильтрацияси, гигант ҳужайралардан иборат гранулемалар ва фиброз бириктирувчи тўқиманинг ўсиши мавжуд; Микропрепарат №6. Ингичка ичак девори қаватлари деструктив ўзгарган, шиллиқ пардасида шиш, дистрофик ўзгаришлар, эпителий ҳужайраларининг ўчоқли гиперплазияси, крипталарнинг силлиқланиши; деворининг макрофаглар, лимфоцитлар ва эпителиоид ҳужайралар билан инфильтрацияси, гигант ҳужайралардан иборат гранулемалар ва фиброз бириктирувчи тўқиманинг ўсиши мавжуд; Микропрепарат №7. Мушак тўқимаси қон томирларининг тўлақонлиги, баъзи бир қисм миофибриллаларнинг деструктив гипертрофик ўзгарганлиги, атрофида макрофаглар, лимфоцитлардан иборат инфильтрация мавжуд; Микропрепарат №8. Ингичка ичак девори қаватлари деструктив ўзгарган, барча қаватларда шиш, шиллиқ пардасида, шиллиқ ости соҳасида лимфоцитар инфильтрация, крипта-ворсинкалар сақланган, мушак ва сероз пардаси қалинлашган, фиброз бириктирувчи тўқима ривожланган, унда макрофаглар, лимфоцитлар ва эпителиоид ҳужайралардан иборат инфильтрация мавжуд.

ГОСТ ISO 10993-6-2011 да белгиланган тавсияларга мувофиқ барча тадқиқот гуруҳларида имплантация қилингандан кейинги ҳужайра ва тўқималарнинг жавоб реакциясини морфометрик баҳолаш амалга оширилди. Протез атрофини ўраб турган толалардан олинган инфилтрат ҳужайраларининг таркиби ва уларнинг миқдори расмга олиниб, микроскопнинг х400 марта катталаштириш кўриш майдонидакўриб чиқилди. Олинган натижалар шуни кўрсатадики, барча тажриба ҳайвонларида лимфоцитлар ва макрофаглардан ташкил топган инфильтрация ва тўқима реакцияси мавжуд. Бунинг сабаби, экспериментал ҳайвонларга стентлар киритилганда, тананинг ёт жисмга нисбатан реакцияси қайд этилади. 62,5% ҳолларда операция вақтида қўшни тўқималарнинг шикастланиши туфайли имплант қўйиш жойида яллиғланиш (шиш) пайдо бўлади. Шунингдек, экспериментал ҳайвонларнинг 50 фоизида тўқималарда дистрофик ва 75% деструктив ўзгаришлар аниқланди.

Экспериментал ҳайвонлардан олинган қон намуналарининг биокимёвий таҳлили шуни кўрсатадики, стентни киритишдан олдин таҳлил натижалари меъёр бирлигида аниқланганлигига асосланиб, барча ҳайвонларни соғлом деб ҳисоблаш мумкин. Қон таркибининг барча кўрсаткичлари меъёрнинг юқори даражасида аниқланган. Стентларга жавобан умумий оқсил миқдори энг кўп ошган. Бу гистологик таҳлиллардаги инфильтрация, макрофаглар ва лимфоцитларнинг кўпайиши билан изоҳланади. Бундан ташқари, кузатишларимизда креатининнинг ошганлиги аниқланди. Креатинин ошиши-сергўшт парҳез (қон ва сийдикда кўтарилган бўлса), бўйрак етишмовчилиги (агар фақат



қонда кўтарилган бўлса)нинг кўрсаткичи ҳисобланади. Креатинин даражаси организмнинг сувсизланишида, мушакларнинг шикастланиши ва фаол жисмоний ҳаракатда ортади.

Хулосалар:Энг яхши сифатли қон томир имплантларини ишлаб чиқариш учун стент диаметри 2 мм, девор қалинлиги 0,13 мм бўлиши, маҳсулотга 1050 °С ва 1150 °С ҳароратларда иссиқлик билан ишлов берилиб, таркибидан 35-37% бошқа материаллар олиб ташлангандан сўнг сиртини силлиқлаш (полировка) мақсадга мувофиқ; Гистологик текширув давомида барча тажриба ҳайвонларида лимфоцитлар ва макрофаглардан иборат инфильтрация, шунингдек, организмнинг бегона жисмга реакцияси билан боғлиқ бўлган тўқималар реакцияси аниқланди. 62,5% ҳолларда операция вақтида қўшни тўқималарнинг шикастланиши туфайли имплант қўйиш жойида яллиғланиш (шиш) пайдо бўлади. Шунингдек, экспериментал ҳайвонларнинг 50 фоизида тўқималарда дистрофик ва 75% деструктив ўзгаришлар аниқланди; Стент киритилгандан сўнг, қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари меъёр оралиғида ошганлиги аниқланди, сийдик таҳлиллари натижалари стентни киритишдан олдин ва кейинги ҳолатда сийдик кўрсаткичлари меъёр даражасида эканлигини кўрсатди.

ПАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР ФОНИДА ЭМЛАНГАН БОЛАЛАРДА ИММУНИТЕТНИ ШАКИЛЛАНИШИ.

Бутабоев Я.Т. Джураев М.Ф.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзуни долбзарлиги: Маълумки ҳозирги кунда мамлакатимизда соғлом турмуш тарзини шакллантириш ва соғлом авлодни вояга етказиш борасида кенг кўламдаги ишлар амалга оширилмоқда. 1996 йил 29 август кундаги «Фуқароларнинг соғлигини сақлаш тўғрисида»ги, 1992 йил 3 июл кундаги «Давлат санитария назорати тўғрисида»ги Қонунлар ва Халқаро Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ХССТ)нинг олиб бораётган иммунизация сиёсати асосида ишлаб чиқилган деректив хужжат қоида ва меёрлар мавжуд. Ушбу қоидалар ва меёрлар бўғма, кўк йўтал, қоқшол, қизамиқ, қизилча, шол, сил, эпидпаротит, вирусли гепатит «В» (ВГВ), heamophilus influenzae b тури (ХИБ) ва ротавирус инфекциялари ҳамда бошқа турдаги юқумли касалликлар профилактикаси чора-тадбирлари тизимида қўлланилади. Ўсиб келаётган ёш организмда биргина паразит хисобига витаминлар (авитаминоз, гиповитаминозлар) етишмаслигининг ўзиёқ, камдармонлик, турли бош оғриқлари, кўрув ўткирлигининг пасайиши, шапкўрлик, тез чарчаб қолиш каби салбий ҳолатларга олиб келмоқда.

Амалиётда эмлашга бўлган барча қарши кўрсатмалар вақтинча ҳисобланади ва бу қарши кўрсатмалар мунтазам равишда кузатилиб, биринчи имконият пайдо бўлиши билан бола эмланиши лозим. Доимий қарши кўрсатма фақат махсус тиббий комиссия томонидан амалга оширилади.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Гельминтлар тарқалиши мамлакат минтақаларига қараб фарқ қилади. Энтеробиоз ва гименолепидоз республиканинг шаҳар ва қишлоқ жойларида кенг тарқалган. Аскаридоз ўчоқлари Андижон, Фарғона, Наманган ва Сурхондарё вилоятлари тоғ, тоғ олди зоналарида қайд этилган, Хоразм тениаринхознинг интенсив тарқалган ўчоғи ҳисобланади (Норқулова Г.С., 2017). Мухитдинов Ш.Т., Жураев Ф.Р. (2017) томонидан Ўзбекистоннинг Бухоро вилоятида 14 ёшгача бўлган болалар орасида гельминтоз инвазияси кўрсаткичлари ўрганилган ва уларнинг тарқалиши таҳлил қилинган. Юқорида қайд этилган масалалар мамлакатимизда долзарб бўлиб, шу муносабат билан режалаштирилган илмий-тадқиқот ишларини амалга ошириш орқали юқоридаги муаммоларни ҳал этиш долзарбдир.

Ишнинг мақсади: Тадқиқот ишининг асосий мақсади паразитар касалликлар фониди эмланган болалар организмида иммун тизимини шаклланишини эпидемиологик кузатув асосида иммунологик жиҳатларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат.

Материал ва текширув натижалари : Юқумли касалликлар шифохонасида хаво томчи бўлими, апрел-май ойларида ОРЗ, ОРВИ ташхиси билан даволанаётган болалар. Тадқиқот ишини амалга оширишда эпидемиологик кузатувда 58 та вакцинация ёшидаги болалар олинди. Юқумли касалликлар шифохонасида ОРЗ, ОРВИ ташхиси билан даволанаётган болаларни кузатганимизда, уларнинг барчаси вакцина ёшидаги болалар бўлиб улар муқаддам эмланган болалар. Бемор ота -оналари билан ўтказилган анамнез суриштирувларда болалар деярли барчаси гельминтоз касаллигига чалинганлардир. Гельминтозлар Ўзбекистонда кенг тарқалган бўлиб, паразитар касалликлар умумий сонининг 90% дан ортиғини ташкил этган. Аҳолининг зарарланиш даражаси доимий равишда юқори бўлиб қолмоқда. Ҳар йили мамлакатда 200 мингдан ортиқ инвазияланиш ҳолати рўйхатга олинади. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти паразитар касалликлар кузатилган болалар қон зардобидидаги IgA, IgM, IgG концентрациялари, яллиғланишни қўлловчи ва яллиғланишга қарши цитокинлар миқдори дисбаланси аниқланганлиги, илк бор паразитар касалликлар кечишида уларнинг IgE миқдори билан узвий боғлиқлиги исботланганлиги, IgG ва IgE ошиши ушбу бемор болалар иммун статусини баҳолашда иммунологик ва аллергия мезонлар, IL-4 ошиши дифференциал-диагностик мезон сифатида тавсия этилган. Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти болаларда кечадиган паразитар касалликларда кўрсатиб берилган иммунологик ва аллергиялогик хусусиятларнинг аниқланганлиги касалликни даволаш учун амалий аҳамиятга эгаллиги кўрсатиб берилганлиги, шу касалликлар бирламчи профилактикасини мактабгача бўлган ёшдан бошлаш болалар орасида ўз соғлиғини асраш жараёни, паразитар касалликларнинг олдини олиш бўйича тиббий ва амалий кўникмалар шаклланишига замин яратиши аниқланганлиги билан асосланган.

Хулоса: Паразитар касалликлар фониди эмланган болаларда фаол иммун тизими етарлича даражада шаклланмайди.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



РАҲБАР ХОДИМЛАР СТРАТЕГИК ЗАХИРАСИГА НОМЗОДЛАРНИ ТАЙЁРЛАШ ДАСТУРЛАРИДА АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИНИ САҚЛАШ, ПРОФИЛАКТИКА ТАМОЙИЛЛАРИНИНГ ЎРНИ

Хакимов В.А., Асадов Д.А., Мамажонов Ш.О., Шаюнусов Б.С.
Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Мавзу **Долзарблиги.**

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 8 сентябрдаги ПФ-5185-сонли Фармони билан тасдиқланган «Ўзбекистон Республикасида Маъмурий ислохотлар концепцияси» мамлакатнинг интеллектуал ва технологик салоҳиятини ошириш, устувор соҳа ва тармоқларни инновацион ривожлантиришни стратегик режалаштириш тизимини яратиш тамойилларини белгилаб берган. Мазкур ҳужжат билан ҳар бир тармоқни бошқаришнинг инновацион, натижадор тизимини шакллантириш вазифаси қўйилган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январьдаги ПФ-60 сонли “2022 – 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида” Фармони билан тасдиқланган “2022-2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси” билан “ихчам, профессионал, адолатли, юқори натижадорликка хизмат қиладиган давлат бошқаруви тизимини жорий қилиш” вазифаси белгилаб берилган.

Бунинг учун давлат бошқаруви соҳасида мутахассислар тайёрлашнинг ва давлат хизматчилари малакасини оширишнинг махсус таълим йўналишларини ишлаб чиқиш, шахсий ютуқ, билим ва касб маҳорати асосида уларнинг фаолияти самарадорлигини баҳолашнинг замонавий услубларини жорий этиш кўрсатилган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сонли «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида» Фармони билан «2019-2025 йилларда Ўзбекистон Республикасининг соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш концепцияси» тасдиқланган.

Ушбу Концепцияда мамлакат соғлиқни сақлаш тизимига менежмент ва тиббий хизматлар сифатини бошқаришнинг энг намунали амалиётларини жорий этишни таъминлайдиган замонавий бошқарувни татбиқ этиш вазифаси белгиланган.

Концепцияни амалга ошириш самарадорлигининг асосий индикатори сифатида «Менежмент бўйича тайёрлашдан, қайта тайёрлашдан ва малака оширишдан ўтган соғлиқни сақлаш тизимининг барча бўғинларидаги маъмурий-бошқарув ходимлари фоизи»ни 2025 йилга 100% олиб бориш зарурлиги алоҳида аҳамият касб этади.

Тадқиқот мақсади.

Соғлиқни сақлаш тизимининг раҳбар ходимлар стратегик захирасига номзодларни тайёрлаш дастурларида аҳоли саломатлигини сақлаш, профилактика тамойилларининг ўрни бўйича маълумотлар берилиши даражасини таҳлил қилиш.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Тадқиқот материаллари ва усуллари.

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг «Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш» кафедраси томонидан Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва Ўзбекистон Республикаси Президенти ҳузуридаги лойиҳа бошқаруви миллий агентлигининг 2019 йил 25 январдаги 34/25-сонли «Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ходимларининг стратегик режалаштириш ва бошқариш имкониятларини такомиллаштириш тўғрисида» қўшма қарори ижроси таъминланмоқда. Мазкур қўшма қарор Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590 Фармони ижросига қабул қилинган [3].

Кафедра томонидан таълим олишга номзодларни бирламчи саралаш тизими ишлаб чиқилди, соғлиқни сақлаш вазирлигининг меёрий ҳужжати билан расмийлаштирилди ва жорий этилди. 306 кредитлик «Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш» мутахассислиги бўйича қисқа муддатли бирламчи ихтисослаштириш курси учун махсус дастур, дарс жадваллари, ўқув кўргазмали материаллар ишлаб чиқишда аҳоли саломатлигини сақлаш, касалликларни профилактикаси жараёнларини самарали ташкиллаштириш масалаларига алоҳида урғу берилди.

Тадқиқот натижалари.

2019-2023 йиллар давомида ўтказилган 306 кредитлик «Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш» мутахассислиги бўйича қисқа муддатли бирламчи ихтисослаштириш циклларда жами 204 нафар тингловчи таълим олди.

Шакллантирилаётган соғлиқни сақлаш раҳбар ходимлари стратегик захираси тизими самарадорлигини ошириш мақсадида ҳудудий соғлиқни сақлашни бошқарув органлари томонидан таклиф этилган номзодларни бирламчи саралаш тизими ишлаб чиқилди, ҳужжатлаштирилди ва жорий этилди. Хар бир ҳудудда жараён Қорақлапоғистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазири/ҳудуд соғлиқни сақлаш бошқармаси бошлиғи ёки вазирнинг/бошлиқнинг биринчи ўринбосари иштирокида ўтказилди. Номзодни баҳолашда аҳоли саломатлигини сақлаш, касалликлар профилактикаси бўйича умумий, ташкиллаштириш бўйича бирламчи тушунчалари даражаси инобатга олинди.

Машғулотлар таркибига кафедрада ўтказиладиган маъруза ва семинарларни жамлаган назарий модул ва соғлиқни сақлаш вазирлигида, тиббиёт муассасаларида, тиббиёт корхоналарида ўтказиладиган амалий модул киритилган. Мазкур модулларда тингловчиларга аҳоли саломатлигини сақлаш, соғлом аҳоли билан ишлаш, касалликлар профилактикасини ташкиллаштириш асослари, тамойиллари, механизмлари бўйича маълумотлар бериб борилди.

Ўқув жараёнида алоҳида ўрин тутувчи тингловчиларнинг мустақил тайёрлайдиган тадқиқотларида ҳам ушбу йўналишлар етарли ўрин тутуди. Жумладан, хар бир тингловчининг базавий ҳолати аниқланади. Хар бир тингловчи соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштиришнинг долзарб мавзулари бўйича ёзма тахлилий маълумот тайёрлайди, амалда эгаллаган ва режалаштирилаётган лавозими тахлили бўйича мустақил презентация кўринишидаги тахлилий маълумот тайёрлайди ва уни ҳимоя қилади,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



бошқарув командаси таркибида ўзининг самарадорлигини намоён қилади. Цикл якуни бўйича тингловчиларни баҳолаш белгилаб берилган тартибга асосан амалга оширилади. Кафедра томонидан бирламчи саралашдан ўтган, цикл ўқув дастурини тўла бажарган ҳар бир тингловчининг касбий даражаси, бошқарувчилик қобилияти, амалий фаолиятга тайёрлиги бўйича кафедра томонидан ёзма **Хулоса** расмийлаштирилади ва соғлиқни сақлаш вазирлигига тақдим этилади.

Соғлиқни сақлаш вазири/биринчи ўринбосари раислигидаги махсус ишчи гуруҳ битирувчилар билан якуний таҳлил ўтказди. Таҳлил натижаларига биноан салоҳияти энг юқори баҳоланган битирувчилар эгаллаб турган лавозимларидан юқори лавозимларга тайинлов олади; циклни муваффақиятли битирган ҳар бир тингловчи эса соғлиқни сақлаш вазирлигининг раҳбар ходимлар стратегик захираси таркибига киритилади.

Хулоса.

Жорий этилган Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги учун раҳбар ходимлар стратегик захирасини шакллантириш жараёнида тингловчиларга аҳоли саломатлигини сақлаш, профилактика тамойиллари бўйича маълумотларни берилиши ўқув жараёнининг, соғлиқни сақлаш тизими бошқарувчисига зарур бўлган касбий кўникмаларни шакллантиришнинг муҳим қисмидир.

ФАРҒОНА ВИЛОЯТИ ГЕРОНТ АХОЛИСИДА БИЛИАРПАНКРЕАТИТ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Д.М.Суюнов М.М.Мадазимов
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг **Долзарблиги.** Билиар панкреатит муаммосига юқори қизиқиш пайдо бўлаётганлигининг асосий сабаби ушбу касалликнинг кенг тарқалиб бораётганлиги ва тўхтовсиз ўсиб бориши ҳисобланади: умумий клиник амалиётда 0,6% атрофида ва ҳазм аъзолари касалликлари структурасида эса 9% га етгани кузатилади. Охириги 30 йилда касалланиш 2 баробар ошган ва популяцияда ҳар 100 минг аҳолига то 50 тагача етганлик частотаси билан аниқланади. Россияда иқтисодий ва экологик вазиятнинг ёмонлашуви билан боғлиқ бўлиб, озиқланиш сифатининг пасайиши ва умумий ҳаёт тарзи сифатининг камайиши ҳамда алкоголь ва кашандаликни ортиши боис охириги 20 йилда катталарда панкреатитнинг тарқалиши 3 баробарга ортган [Маев И.В ва б.қ.,2013]. Охириги йиллар адабиётидаги таҳлиллар яна кўрсатади-ки, панкреатит билан кўпроқ 35-50 ёшдагилар хасталанишади, бирламчи ногиронлик 15% ни, илк 10 йил ичидаги панкреатит диагнози қўйилгандан кейинги даврда ўлим частотаси 20% ни ва панкреатит асоратидан бўладиган ўлим 15-20% ни ташкил этади [Schneider A.et.al.,2007; Белоусова Е.А ва б.қ., 2008]. Шунинг учун панкреатитни ва унинг хатар омилларини эрта аниқлаш ҳамда профилактика қилиш усулларини ишлаб чиқиш ўта актуаль илмий муаммо деб эътироф этилади.

Тадқиқот вазифалари:



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Фарғона вилоятида уюлмаган 60-89 ёшли эркак ва аёллар популяциясида билиар панкреатитнинг эпидемиологиясини ўрганиш ва баҳолаш.

Материал ва метод: Фарғона вилоятида 1500 та эркак ва аёллардан ташкил этилган репрезентатив кекса ва қари ёшдаги аҳолида бир вақтли эпидемиологик текширув ташкил этилди. Бунда 2018-2022-йилларда билиар панкреатит билан оғриган беморлар ўрганилди. Текширувда эпидемиологик, клиник, биохимик ва инструменталь усуллар Жаҳон Соғлиқни Сақлаш мезонларидан келиб чиқиб ва тавсияларига амал қилиб қўлланилди. Тадқиқотда физикал текширувда умумий ҳолат, оғриқ синдроми хусусиятлари ва жадаллиги, интоксикация симптомлари ва марказий ҳамда четки гемодинамиканинг бузилишлари аниқланади, ўрганилади ва баҳоланади: а) тери ўзгаришлари (рангпарлик, цианоз, сарғайиш); б) Мей-Робсон, Щеткин-Блюмберг симптомларини баҳолаш; в) перистальтик ичак шовқинларини ва характерли перкутор симптоматикани (қорин дам бўлишининг кўзга ташланиши, кучли тимпаник-қорин юқори ҳудудида) аниқлаш; в) динамик ичак тутилиши билан боғлиқ перкутор товушларнинг ўзгариши, қон айланиши бузилиши (тўхтовсиз қайт қилиш негизда) кабилар баҳоланди. Лаборатор текширув ёрдамида амилаземия ва амилазурияни, дислипидемияни, (холестерин ва триглицеридларнинг қондаги даражасини), бемор сийдиги ва қонидаги креатининни аниқлаш ва амилазокреатинин индекси ҳисоблаб чиқилди. Тадқиқотда жами билиар панкреатитни бутун Фарғона вилояти кесимида ўрганиш натижалари: аёллар гуруҳида 60-74 ёшли 620 нафар, 75-89 ёшли 212 нафар, ≥ 90 ёшли 23 нафар, жами 855 нафар аёллар текширилди. Бунда 60-74 ёшли 177 нафар (28,5%), 75-89 ёшли 52 нафар (24,5%), ≥ 90 ёшли 13 нафар (56,5%) аёлларда сурункали билиар панкреатитнинг белгилари аниқланган. Эркаклар гуруҳида 60-74 ёшли 414 нафар, 75-89 ёшли 45 нафар, ≥ 90 ёшли 5 нафар, жами 591 нафар эркаклар текширилди. Бунда 60-74 ёшли 108 нафар (26,1%), 75-89 ёшли 45 нафар (26,2%), ≥ 90 ёшли 1 нафар (20,0%) эркакларда сурункали билиар панкреатитнинг белгилари аниқланган.

Тадқиқотда жами билиар панкреатитнинг қишлоқ ва шахар аҳолиси орасида тарқалиши ўрганилди. Қишлоқ гуруҳида 60-74 ёшли 656 нафар, 75-89 ёшли 237 нафар, ≥ 90 ёшли 21 нафар, жами 914 нафар қишлоқ аҳолиси текширилди. Бунда 60-74 ёшли 185 нафар (28,2%), 75-89 ёшли 65 нафар (27,4%), ≥ 90 ёшли 9 нафар (42,9%) геронтологик аҳолида сурункали билиар панкреатитнинг белгилари аниқланган. Шахар гуруҳида 60-74 ёшли 378 нафар, 75-89 ёшли 147 нафар, ≥ 90 ёшли 7 нафар, жами 532 нафар шахар аҳолиси текширилди. Бунда 60-74 ёшли 101 нафар (26,7%), 75-89 ёшли 32 нафар (21,8%), ≥ 90 ёшли 4 нафар (57,1%) геронтологик аҳолида сурункали билиар панкреатитнинг белгилари аниқланган. Тадқиқотда жами билиар панкреатитни аввал ақлий ва жисмоний меҳнат билан шуғулланган аҳолига нисбатан тарқалиши ўрганилди. Ақлий меҳнат қилувчилар гуруҳида 60-74 ёшли 81 нафар, 75-89 ёшли 6 нафар, ≥ 90 ёшли 1 нафар жами 101 нафар ақлий меҳнат қилувчилар текширилди. Бунда 60-74 ёшли 23 нафар (28,4%), 75-89 ёшли 6 нафар (31,6%), ≥ 90 ёшли 0 нафар (0,0%) геронтологик аҳолида сурункали билиар панкреатитнинг белгилари аниқланган. Жисмоний меҳнат билан шуғурланувчилар



гурухида 60-74 ёшли 953 нафар, 75-89 ёшли 365 нафар, ≥ 90 ёшли 27 нафар, жами 1345 нафар жисмоний меҳнат билан шуғулланувчилар текширилди. Бунда 60-74 ёшли 263 нафар (27,6%), 75-89 ёшли 91 нафар (24,9%), ≥ 90 ёшли 13 нафар (48,1%) геронтологик аҳолида сурункали билиар панкреатитнинг белгилари аниқланган

Хулоса: 1. Фарғона вилояти геронтологик гуруҳда аёллар эркакларга нисбатан 12 % га кўпроқ билиар панкреатит касаллиги ривожланишига мойил эканлиги клиник асосланди [OR 1.12], лекин ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижани статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди [CI 95%; 0.88- 1.42; $p > 0,05$].

2. Фарғона вилояти геронтологик гуруҳда қишлоқ аҳолиси шаҳарда яшовчиларга нисбатан 14 % га кўпроқ билиар панкреатит касаллиги ривожланишига мойил эканлиги клиник асосланди [OR 1.14], лекин ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижани статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди [CI 95%; 0.9- 1.45; $p > 0,05$].

3. Фарғона вилояти геронтологик гуруҳда ақлий меҳнат билан шуғулланган шахслар жисмоний меҳнат билан шуғулланганларга нисбатан 7 % га кўпроқ билиар панкреатит касаллиги ривожланишига мойил эканлиги клиник асосланди [OR 1.07], лекин ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижани статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди [CI 95%; 0.69- 1.68; $p > 0,05$].

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ В ВА С НЕГИЗИДА РИВОЖЛАНГАН ЖИГАР ЦИРРОЗИ АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СИЙДИҚДА КОЛЛАГЕН IV КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЎРГАНИШ.

Жўраева М.А., Абдулазизхожиев Б.Р., Ашуралиева Н.Д., Ашуралиева М.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Жигар циррози полиэтиологик касаллик бўлиб унинг келиб чиқишида кўп ҳолларда В, С, D гепатит вируслари (энг кўп С тури), спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш сабаб бўлади. Шунингдек, касалликга алиментар – аллергик, токсик ва бошқа қатор омиллар ҳам олиб келади.

Жигар циррозини ривожланиш механизми ундаги морфологик ўзгаришлар билан чамбарчас боғлиқ. Бунда жигар ҳужайраларини некрозга учраши ҳамда улар ўрнида бириктирувчи тўқима ўсиши натижасида қон айланишини бузилиши етакчи ўрин тутаяди.

Касаллик иқтисодий ривожланган мамлакатларда 35 дан 60 ёшгача бўлган беморлар ўлимини юзага келтирувчи олтита асосий сабаблардан бири ҳисобланади. У ҳар 100 минг аҳоли орасида 14-30 кишида қайд этилади. Ҳар йили жаҳонда 1.4 миллионга яқин одам жигар циррози ва унинг асоратларидан оламдан ўтади. Илмий кузатувлар жигар циррози кўпроқ эркакларда учрашини тасдиқлайди.

Жигар циррозининг кўп сонли асоратлари орасида энг кам ўрганилганларидан бири гепаторенал синдром ҳисобланади. Унга чалинган беморларнинг тахминан 15% асцит



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



сабабли илк бор шифохонага ётқизилгандан сўнг 6 ой ичида, 40% да эса 5 йил оралиғида гепаторенал синдром ривожланган.

Жигар циррозиданафақат, жигарда, балки буйракда ҳамфиброз жараёнлари ривожланишини кўрсатувчи маркерлардан бири IV тип коллаген ҳисобланади. У коптокчалар базал мембранаси ва каналчаларни асосини ташкил қилади. Айрим муаллифларнинг фикрича ушбу оқсилни сийдикда пайдо бўлиши нефропатияни эрта морфологик белгиларидан бири саналади. Соғлом кишиларга нисбатан нормоальбуминурия аниқланган беморларда унинг сийдик билан ажралиши юқорилиги аниқланган. Буйрак биопсияси ўтказилган беморлар тўқимасида коллаген IV тўпланишлари юқорилиги ва уни ҳатто нормоальбуминурия аниқланган беморлар сийдигида оқсил кўрсаткичи билан бевосита боғлиқликда эканлиги қайд этилган. Ушбу текширишда IV тип коллагенни сийдик билан ажралиши ҳатто альбумин меъёрида бўлган шахсларда ҳам аниқланган. Келтирилган маълумотлар IV тип коллагенни сийдик билан ажралиши нефропатияни клиник белгилари намоён бўлганга қадар кузатилишини ва гепаторенал синдромда ҳам буйракдаги фиброз жараёнларни аниқлашда қўллаш мақсадга мувофиқлигини тасдиқлайди.

Тадқиқот мақсади: Сурункали гепатит В ва С негизида ривожланган жигар циррози аниқланган беморларда сийдикда коллаген IV кўрсаткичларини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва услублари: Тадқиқот манбаси сифатида Андижон давлат тиббиёт институти клиникасида даволанган 124 та гепаторенал синдром II типнинг клиник белгилари аниқлаган беморлар кузатувга олинди. Гепаторенал синдроми аниқланиб тадқиқотга жалб қилинган беморлар икки гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳ вирусли гепатит В негизида юзага келган жигар циррозига чалинган 60 нафар беморлардан иборат бўлиб уларнинг 28 эркалар (46.7%) ва 32 аёллар (53.3%), ўртача ёшлари 46.44 ± 1.38 ташкил қилди. Иккинчи гуруҳ сурункали гепатит С оқибатида юзага келган жигар циррозига чалинган 64 та беморлардан иборат бўлди. 4 бемор қизилўнғач веналаридан қон кетиши ва 1 таси гепатокарсиномадан оламдан ўтди ва улар кузаувдагилар гуруҳига киритилмади. Қолган 60 нафар беморларнинг 25 эркалар (41,6%) ва 35 аёллар (58,4%), ўртача ёшлари 48.82 ± 1.6 тенг бўлди.

Барча беморларда сийдикда коллаген IV кўрсаткичлари “DRG Germany” реактивидан фойдаланиб аниқланди.

Тадқиқот натижаларининг таҳлили. Сурункали гепатит В негизида ривожланган жигар циррози мавжуд беморларда сийдикда коллаген IV кўрсаткичлари муолажадан олдин $242.33 \pm 3,85$ мкг ва сурункали гепатит С негизида ривожланган жигар циррози мавжуд беморларда эса $259,48 \pm 3,55$ мкг га тенг бўлди ва кўрсаткичлар иккала гуруҳлар ўртасида солиштирилганда фарқлар ишончли бўлиб, сўнги гуруҳда унинг юқорилиги қайд этилди ($p < 0,001$).

Олиб борилган таҳлилларимиз асосида қуйидаги хулосага келиш мумкин: вирусли гепатит С негизида ривожланган жигар циррозида унинг В шаклига нисбатан пешобда коллаген IV



кўрсаткичлари юқори бўлиши гепатит С оқибатида ривожланган жигар циррозларида фиброз жараёнлари жадалроқ кечишини кўрсатади.

ГЕПАТИТ В ВА С НЕГИЗИДА РИВОЖЛАНГАН ЖИГАР ЦИРРОЗИ АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРДА БУЙРАКЛАР ФУНКЦИОНАЛ ЗАҲИРАСИНИ БАҲОЛАШ.

Ашуралиева Н.Д., Жўраева М.А., Ашуралиева М.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Жигар циррози сурункали авж олиб борувчи диффуз касаллик бўлиб, гепатоцитларнинг некрози, бириктиручи тўқиманинг ўсиши оқибатида унинг нормал архитектурасининг бузилиши ва регенерация тугунларининг ҳосил бўлиши ҳамда шаклланиб борувчи фиброз билан намоён бўлади. Натижада ривожланиб борувчи сурункали жигар етишмовчилиги, портал гипертензия белгилари юзага келиб ўлимга олиб келувчи оғир асоратлар кузатилади.

Касаллик иқтисодий ривожланган мамлакатларда 35 дан 60 ёшгача бўлган беморлар ўлимини юзага келтирувчи олти асосий сабаблардан бири ҳисобланади. У ҳар 100 минг аҳоли орасида 14-30 кишида қайд этилади. Ҳар йили жаҳонда 1.4 миллионга яқин одам жигар циррози ва унинг асоратларидан оламдан ўтади. Илмий кузатувлар жигар циррози кўпроқ эркакларда учрашини тасдиқлайди.

Жигар циррози полиэтиологик касаллик бўлиб унинг келиб чиқишида кўп ҳолларда В, С, D гепатит вируслари (энг кўп С тури), спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш сабаб бўлади. Шунингдек, касалликка алиментар – аллергия, токсик ва бошқа қатор омиллар ҳам олиб келади.

Жигар циррозининг кўп сонли асоратлари орасида энг кам ўрганилганларидан бири гепаторенал синдром ҳисобланади. Унга чалинган беморларнинг тахминан 15% асцит сабабли илк бор шифохонага ётқизилгандан сўнг 6 ой ичида, 40% да эса 5 йил оралиғида гепаторенал синдром ривожланган. Ўзбекистонда унга бағишланган тўлақонли илмий кузатувлар ўтказилмаган.

Гепаторенал синдромда буйрак етишмовчилигининг мезони сифатида 30 йиллар муқаддам креатинин кўрсаткичларини 150 ммоль/л ҳамда ундан юқори даражаси қабул қилинган. Бу коптокчалар фильтрацияси тезлигининг (КФТ) бир дақиқада 40 мл ва ундан паст кўрсаткичига тўғри келади. Маълумки, КФТ қон зардобидаги эндоген креатинин даражасидан келиб чиқиб махсус формулалар ёрдамида аниқлаш мумкин.

Хозирги кунда КФТ асосида буйрак функционал захираси (БФЗ) конценцияси ва уни баҳолаш синамалари яратилган. БФЗ дейилганда унинг КФТ ни базал яъни бирламчи ҳолатдан максимал юқори даражага етказиш қобилияти тушунилади. Унга эришиш учун жараёнда барча, нафақат чуқур балки юзаки жойлашган нефронлар ҳам қатнашади.



Ақсарият адабиётларда, келтирилган маълумотларда БФЗ кўп ҳолларда қандли диабетга чалинган беморларда ўрганилган. Лекин қатор бошқа касалликларда, шу жумладан гепаторенал синдромда ҳам ушбу синама ўтказилганлиги тўғрисида маълумотлар деярли йўқ. Холбуки жигар циррози негизида ривожланган гепаторенал синдромда БФЗ ўрганиш нефропатияни эрта ташхислаш имкониятини яратади.

Тадқиқот мақсади: Сурункали гепатит В ва С негизида ривожланган жигар циррози аниқланган беморларда буйраклар функционал заҳирасини ўрганиш.

Тадқиқот материаллашуслуглари: Тадқиқот манбаси сифатида Андижон давлат тиббиёт институти клиникасида даволанган 124 та гепаторенал синдром II типнинг клиник белгилари аниқлаган беморлар кузатувга олинди. Гепаторенал синдроми аниқланиб тадқиқотга жалб қилинган беморлар икки гуруҳга ажратилди. Уларнинг биринчи гуруҳи вирусли гепатит В негизида юзага келган жигар циррозига чалинган 60 нафар беморлардан иборат бўлиб уларнинг 28 эркаклар (46.7%) ва 32 аёллар (53.3%), ўртача ёшлари 46.44 ± 1.38 ташкил қилди. Иккинчи гуруҳ сурункали гепатит С оқибатида юзага келган жигар циррозига чалинган 64 та беморлардан иборат бўлди. 4 бемор қизилўнғач веналаридан қон кетиши ва 1 таси гепатокарсиномадан оламдан ўтди ва улар кузаувдагилар гуруҳига киритилмади. Қолган 60 нафар беморларнинг 25 эркаклар (41,6%) ва 35 аёллар (58,4%), ўртача ёшлари 48.82 ± 1.6 тенг бўлди. Барча беморларда қондаги креатинин кўрсаткичлари ёрдамида 0.45% ли натрий хлор эритмаси юкласи берилиб буйраклар функционал заҳираси аниқланди.

Тадқиқот натижаларининг таҳлили. Сурункали гепатит В негизида ривожланган жигар циррози мавжуд беморларда буйраклар функционал заҳираси муолажадан олдин $4,3 \pm 0,17$ % ва сурункали гепатит С негизида ривожланган жигар циррози мавжуд беморларда эса $4,1 \pm 0,12$ % га тенг бўлди ($P > 0,05$).

Олиб борилган текширишларимиз асосида қуйидаги ҳулосага келиш мумкин: қондаги креатинин ёрдамида 0.45% ли натрий хлор эритмаси юкласи берилиб аниқланган буйраклар функционал заҳираси кўрсаткичлари иккала гуруҳ беморларда ҳам паст бўлиб заҳира йўқлигидан далолат берди. Ўрганилган гуруҳларда БФЗ кўрсаткичларини аниқлаш жигар циррозида нефропатияни эрта даврларда аниқлаш имкониятини беради.

БОЛАЛАР ЛИМФОЦИТАР ЛЕЙКОЗИНИНГ ЎЗИГА ХОС ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

З.Ш. Салаева., А. Жуманазаров
(Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали)

Кириши. Болалар лимфоцитар лейкози патоморфологик жиҳатдан суяк кўмиги ва деярлик барча лимфоид аъзоларда касалликнинг бошланиш даврида ўчоқли кўринишдаги лейкомик инфильтрация билан намоён бўлади. Лимфоцитар лейкоз Т ёки В лимфоцитлардан ривожланганлигига қараб, лимфоид аъзоларнинг ўзига хос соҳаларида



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



лейкемик инфильтрация пайдо бўлиши билан хос ҳисобланади. Лимфоцитар лейкозда патоморфологик ўзгаришлар дастлаб аъзоларнинг строма-томир тузилмаларида пайдо бўлиб, кейин паренхимасига тарқалиб боради.

Ишнинг мақсади. Ёш болалар лимфолейкози касаллигининг хос патоморфологик ўзгаришларини аниқлаш олинди.

Текшириш натижалари. Трепанобиопсия материалида, яъни суяк кўмиги ўрганилганда маълум бўлдики, лейкознинг ривожланиш даражасига қараб, агар енгил формаси бўлса лейкозга хос бласт ҳужайралар ўчоқли кўринишда тўпланган, оғир формасида эса суяк кўмигининг деярлик барча соҳасини эгаллаб, диффуз ҳолда инфильтрацияланган. Кўпинча қон қуйилиш ўчоқлари, некрозлар, суяк кўмиги бошқа ҳужайраларининг гипоплазияси аниқланади.

Болалар лимфоцитар лейкозида патоморфологик жиҳатидан ўзига хос белгилари суяк кўмигидан бошлаб, тимус, талоқ, лимфа тугунлар ва хатто жигарда ҳам мавжудлигини таъкидлаш мумкин. Суяк кўмигида касаллик аксарият ҳолларда ўчоқли лейкемик инфильтрация билан намоён бўлади ва лейкознинг бошқа турларидан шу белгиси билан фарқ қилади. Тимусда эса маълумотлар аниқ, яъни асосан Т лимфоцитар лейкозда лейкемик инфильтрация тимуснинг оралиқ тўқимасидан бошланиб, кейин паренхимасига тарқалади ва кўпинча пўстлоқ қаватини лейкемик инфильтрация босиб кетади. Талоқдаги ўзига хос патоморфологик ўзгаришлар шундан иборатки, лимфоцитар лейкознинг турига қараб, Т лимфоцитар лейкозда асосан маргинал майдон ва периартериал майдон лейкемик инфильтрацияга учраса, В лимфоцитар лейкозда ўзгариш маргинал майдондан бошланиб, кейинчалик лимфоид фолликулаларни тўлиқ эгаллайди.

Хулоса: 1. Болалар лимфоцитар лейкози патоморфологик жиҳатдан суяк кўмиги ва деярлик барча лимфоид аъзоларда касалликнинг бошланиш даврида ўчоқли кўринишдаги лейкемик инфильтрация билан намоён бўлади.

2. Лимфоцитар лейкоз Т ёки В лимфоцитлардан ривожланганлигига қараб, лимфоид аъзоларнинг ўзига хос соҳаларида лейкемик инфильтрация пайдо бўлиши билан хос ҳисобланади.

СУТ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА АНИҚЛАШДА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ

Зияева С.Т., Урманбаева Д.А., Расулова Д.К.

Андижон вилояти онкология диспансери.

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий

тиббиёт маркази Андижон филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Кириши: Ушбу қизиқарли тадқиқот усули ўтказиш мобайнида сут безини эрта аниқлаш пилот дастури асосида ўқитилган патронаж ҳамширалар ёрдамида “Сут бези саратонига қарши барчамиз курашайлик” шиори остида тадбирлар уюштирилди,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Андижон тумани ва Андижон шаҳрида истиқомат қилувчи аёллар орасида махсус анкета сўровномалари ўтказилди ва таҳлил қилинди. Таҳлил натижасига кўра аёллар хавф гуруҳларига ажратилиб, келгусида амалга оширилиши лозим бўлган профилактик тадбирлар танлаб олинди.

Долзарблиги: Сут беши саратони (СБС) дан ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтиришнинг асосий усули – аҳоли орасида таълим дастурлари сифатини ошириш ва режалаштирилган тадбир мақсадлари тўғрисида хабардор қилишдир. Ушбу ҳасталикка нисбатан узоқ йиллик скрининг дастурлар тажрибасига эга қатор давлатларда ҳукумат, нодавлат ташкилотлар, соғлиқни сақлаш ташкилотлари вакиллари, шунингдек, онкологларнинг доимий эътиборида бўлади.

Биз ва етакчи маммологлар томонидан биз яшаётган иқлим, аҳоли зичлиги ва Фарғона водийси иқлими шароитида келтириб чиқарувчи омилларни инobatга олган ҳолда Гейл модели модификациясига асос солинди ва анкета яратилиб кенг кўламда фойдаланилди. Тадқиқот олдига қўйилган вазифаларни бажариш учун “Сут беши саратонига қарши барчамиз курашайлик” шиори остида паронаж ҳамширалар ва бирламчи бўғин ходимлари орасида семинарлар ташкил қилинди, тасодифий танлов асосида 2181 нафар (1116 нафар Андижон шаҳар, 1065 та Андижон тумани) аёллардан анкета маълумотлари олинди ва ўрганилди, паронажамширалар ёрдамида анкета маълумотларига асосланган ҳолда сут беши саратон олди ва саратон патологиясини аниқлаш мақсадида текширувга жалб қилинди.

Натижалар: Тадқиқотга жалб қилинган беморларда сезиларли ҳавф омиллари кузатилган. Уларнинг кўпларида менархенинг эрта бошланиши аниқланган: 44,0% беморда – биринчи хайз кўриш 12-13 ёшда, 11,6% беморда – 12 ёшдан эрта кузатилган. Жуда оз (5,4%) беморда 20 ёшгача биринчи туғруқ бўлган. Шунинг учун 20-24 ёшда 41,1% беморда биринчи туғруқ, 25-29 ёшда – 24,1% беморда, 30 ва ундан катта ёшда – 13,1% беморда биринчи туғруқ кузатилган бўлса, 12,2% бемор туғмаган. СБС касаллиги билан касалланган 28% беморда қариндошликнинг биринчи даражасидаги қариндошлик, 3% беморда эса иккинчи ва учинчи даражадаги қариндошлик аниқланган. 22% беморда СБС ни олиб ташлаш учун диагностик пункция/биопсия талаб қилинувчи сут безларида тугунли ўсмалар аниқланган. Асосан сут безлари ўсмалари фиброаденома (ФА) ва оқим ичи папиллома (ОИП) кўринишида бўлади. 2,7% ҳолатдаги биопсиясида ати-пик гиперплазия ташхиси қўйилган. Гейл модели билан мосликда 5 йил мобайнидаги СБС ривожланиш ҳавфи СБС персонал анамнезисиз 180 нафар беморнинг 179 нафари учун ҳавф ҳисобланган. Гейл модели бўйича СБС ривожланишининг юқори ҳавфи 109 (60,9%) беморда аниқланди.

Хулоса: Патронаж ҳамширалар сут беши патологиясини эрта аниқлаш дастури бўйича иш олиб бориши, аҳолини режалаштирилган профилактик кўриклар мақсадини тўғри тушунишига ва профилактик кўрикларга аёллар қамрови кескин яхшиланишига олиб келди.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



COVID-19 КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ БИЛИМЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Ибадуллаева Севара Салийбаевна.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Урганч шаҳар

Бугунги кунда дунёда мобил тиббий хизматларнинг 14 тоифаси маълум ва кенг тарқалган, улардан бири телеграм-бот каналларидан фойдаланган ҳолда тиббиёт ходимлари ва аҳолининг малакасини ошириш. Алоқа юқумли ва юқумли бўлмаган касалликларнинг олдини олиш, тиббий маданиятни ошириш, тўғри овқатланиш, жисмоний фаоллик, эмлаш календар кунлари ва ҳомиладорлик бўйича маслаҳатлар ҳақида маълумот юбориш орқали амалга оширилиши мумкин.

Бунинг учун Коронавирус инфекциясини профилактикаси ва эрта аниқлаш бўйича ходимлар ўртасида телеграм-бот канали орқали саволнома ўтказилди. Телеграм-бот каналига коронавирუსга таллуқли бўлган тест саволлар жойлаштирилган бўлиб бу саволлар “COVID-19 билан касалланган беморларни бошқариш бўйича вақтинчалик кўрсатмалар (олтинчи версия)” асосида тузилган.

Респондентлардан мустақил таълим шакли бўйича биринчи савол “SARS-CoV-2 чақирган коронавирус инфекциясини олдини олишнинг асосий йўллари кўрсатинг”, деб номланган саволимизга қуйидагича жавоблар олинди. Уларнинг 92 % и шахсий гигиена қоидаларига амал қилиш ва ниқобларни тақиб юриш, 4,17 %и грипга қарши вакцинация, 1,87 %и 30 кунга изоляция ёки карантин қилиш, 1,2%и иммуноглобулинни қонга юбориш, 0,6 %и антибиотикларни қўллаш деган жавобларни берганлар.

Коронавирус инфекциясини юқиш йўллари кўрсатинг, деган саволга 89,8 % иштирокчи ҳаво-томчи, ҳаво чанг ва контакт йўли жавобини беришган.

Коронавирус инфекцияни асосий клиник белгилари қандай деган саволимизга 94,4% и тана ҳароратини ошиши, йўтал, ҳолсизлик каби белгиларни кўрсатган.

Биз ўтказган тадқиқотларимиздан шундай **Хулосага** келишимиз мумкинки, яъни тиббиёт ходимларини ҳозирги пандемия шароитида COVID-19 касаллиги ҳақида унинг юқиш йўллари, клиник белгилари, олдини олиш чора тадбирлари ҳақида етарлича билимга эга. Шундай бўлса ҳам тиббиёт ходимларини билимларини доимий равишда ошириб бориш зарур бунинг учун эса ижтимоий тармоқлардан фойдаланишларини кенг тарғиб қилишимиз зарур.

СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ АСОСЛАРИ

Ибадуллаева С.С., Дусчанов Б.А.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Муаммонинг **Долзарблиги**. Маълумки, касалликлар профилактикаси молиявий харажатларни аҳамиятли камайтириши мумкин. Юрак, ўпка ва қон миллий институти



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



(АҚШ) томонидан олиб борилган ҳисоб-китобларга кўра профилактик чораларга сарфланган 1 доллар лаборатор текширишларга сарфланувчи 8 доллар ҳамда касалликни даволашга сарфланадиган 326 долларни тежайди.

Изланиш мақсади. Қорақалпоғистон Республикаси, Сурхондарё ва Фарғона вилоятлари аҳолиси орасида соғлом турмуш тарзига риоя қилинишини аниқлаш.

Материал ва услублар. Аҳоли орасида тиббий маданиятни шаклланишини ўрганиш мақсадида 26 саволдан иборат анкета тайёрланди ва Қорақалпоғистон Республикаси, Сурхондарё ва Фарғона вилоятлари аҳолиси орасида 2016-2018 йилларда сўровнома ўтказилди. Сўровномада жами 1461, шу жумладан Қорақалпоғистон Республикасидан – 461 нафар, Сурхондарё ва Фарғона вилоятларидан 500 – нафар респондент иштирок этди. Натижалар. Сўровномада иштирок этганларнинг 832 (57%) нафари ишлайди, 401 (27%) вақтинча ишламайди, 169 (12%) нафақада ва 59 (4%) ногиронлиги сабабли ишламайди. Уларнинг 997 (68%) нафари аёллар, 464 (32%) эркеклардан иборат. 255 (16%) нафарида олий, 474 (31%) ўрта махсус, 641 (42%) ўрта ва 169 (11%) нафари маълумотсиз. 1028 (70%) нафари ўзбек, 266 (18%) қорақалпоқ, 69 (5%) нафари қozoқ, 56 (4%) нафари тожик ва 42 (3%) бошқа миллатларга тўғри келади. Уларнинг 950 (65%) шаҳарларда ва 511 (35%) нафари қишлоқларда истиқомат қилади. Хозирги кунда овқатланиш ва соғлом турмуш тарзига риоя қиласизми? деган саволимизга респондентлар томонидан қуйидаги жавоб олинди, яъни 1073 (73%) нафари ҳа, 388 (27%) нафар респондентлар қисман ёки йўқ, деб жавоб беришган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсияларига кўра бир кунда канча миқдорда мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш лозимлигини биласизми? бу саволга 942 (64%) нафари ҳа ва 519 (36%) нафар респондентлар йўқ жавобини беришган. Бир ҳафтада канча балик истеъмол қилиши лозимлигини биласизми? 833 (57%) нафари ҳа, 628 (43%) нафари йўқ, деб жавоб беришган.

Хулоса. Респондентлар 73 фоиз овқатланиш ва соғлом турмуш тарзига риоя қиламан, деб жавоб берган вақтда 36 фоизи мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш меъёрларини билишмаган, 43 фоизи ҳафталик балиқ, 42 фоизи кунлик туз истеъмол қилиш меъёрларини билишмайди.

АЛЛЕРГИК РИНИТНИ УЧРАШ ЧАСТАТАСИНИ БАХОЛАШ.

Иноятова Н.Н. Матязова Ф.Р.

Тошкент Тиббиёт Академияси Урганч филиали гигиена кафедраси.

Мавзуни **Долзарблиги:** Мавсумий аллергия ринит клиник намоён бўлиши бошланиши аллергияларнинг 2-3 мавсумда таъсир этишининг мавжудлиги дея эътироф этилади. Мавсумий аллергия ринит касаллигига чалиниш қишлоқ аҳолисига нисбатан шаҳар аҳолиси ўртасида кенг тус олган. Мавсумий аллергия ринит дан азият чекувчилар асосан, шаҳар аҳолисини ташкил этади. Аллергия ринит нинг кенг тарқалиши тезлиги ёш



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ва жинсга боғлиқ. Аллергиик ринит муаммоларининг ҳар турли йўналишда мукамммал ўрганилаётганга қарамай, мазкур кенг кўламли масаланинг бир қатор жиҳатлари ҳали тўла ечимини топмай келмоқда. Ёш болаларда доимий аллегик ринит касаллигига чалиниши даражаси аниқ худуднининг худудий климатогеографик хусусиятлари таъсирига бевосита боғлиқ.

Мақсади: Мавсумий алергик ринит касаллигига чалиниш қишлоқ аҳолисига нисбатан шаҳар аҳолиси ўртасида кенг тус олган. Мавсумий алергик ринитдан азият чекувчилар асосан, шаҳар аҳолиси бўлиб, 75% ни ташкил этади, 25%эса қишлоқ аҳолиси эканлиги қайд этилган. Мавсумий алергик ринит нинг кенг тарқалиш тезлиги ёш ва жинсга боғлиқ. Ёшлар орасида мавсумий алергик ринит дан кўпроқ ўғил болалар азият чекадилар.Маълумки, аллергик касалликлари клиник кечиши турли-туман омиллар таъсирига боғлиқ. Мавсумий алергик ринит клиник кечиши ҳар хил турли таъсир омиллари билан бирга бола организмнинг индивидуал таъсири, ёши, жинси ва этник мансублиги белгиларига ҳам боғлиқ. Адабиётларада мавсумий алергик ринит клиник намоён бўлиши аспекти касаллик кечиши мураккаблиги ҳисобга олингна ҳолда етарли даражада тўла ёритилмаган. Болаларда доимий аллергик ринит шакли клиник кечинининг таҳлили **Тадқиқот мақсади** бўлиб хизмат қилди.

Текширув материаллари: Вилоят куп тармокли тиббиёт маркази ва марказий поликлиникада 7 ёшдан 18 ёшгача бўлган 274 нафар болалар Мавсумий алергик ринит касаллиги бўйича тиббиёт кўриқдан ўтказилди. Даволаш муассасаларида кузатилган беморларнинг асосий қисмини, яъни 242 (88%) нафарини шаҳар ёки унга яқин бўлган туманлардан мурожат қилган беморлар ташкил этди. Жумладан, Урганч шаҳрида 200истиқомат қилувчи болалар 122 (44,9%), Урганч туманидан келганлар 56 (20,4%), Хонка туманидан 52 (18,9%), Янгибозор туманидан 13 (4,8%), Хива туманидан 8 (3%), Кўшқупир туманидан 4 (1,4%) кишини ташкил этди. Даволаш муассасаларига 16 (5,5%) бемор вилоят марказидан узоқда жойлашган Хазарасп, Питнак, Янгиариқ, Шоват, туманлардан мурожат қилишган. Беморларнинг касалхоналарга мурожат қилган вақтдаги ҳолати ўрганиб чиқилганда даволаш муассасаларига нисбатан яқин худудлардан келишган беморлар билан чекка туманлардан келган беморлар ўртасида ишонарли тафовут кузатилди.

Тадқиқот натижалари: Барча туманлар бўйича беморларнинг аксарияти 7-11 ёшли ва 6 ёшгача бўлган болалар бўлиб, уларнинг сони мос ҳолда 40,6% ҳамда 38,6% ни ташкил этди. Шунингдек ўғил болалар сони қиз болаларга нисбатан кўпчиликни ташкил этди.

Хулоса: Шундай қилиб, Урганч шаҳридаги болаларга даволаш муассасаларида вилоятнинг турли туманларидан мурожат қилишган беморларнинг сони уларнинг яшаш худудига нисбатан солиштирилганда кескин фарқ борлиги аниқланди. Шу билан бирга чекка худудларга чикиб кенгайтирилган тиббий куриқлар утказилиб, болаларда доимий аллергик касаликларни аниклаб, атрофлича ўрганишни такоза этади.



БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ИНГИЧКА ИЧАК ВА ЙЎҒОН ИЧАК ЖАРОХАТИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

Исаков Н.З., Тўрақулов З.Ш., Комилов Р.Р.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Мавзунинг **Долзарблиги:** Йўғон ичак ва ингичка ичак жароҳатлари хар доим хам замонавий диагностика ва даволаш усулларини талаб қиладиган замонавий шошилини жарроҳликнинг долзарб муаммосидир. Бугунги кунда диагностика ва даволаш усуллари фойдаланиш учун кенг доирада ишлаб чиқилиб, тадбиқ қилинганлигига қарамай, бундай беморлар клиник маълумотларнинг ноаниқлиги сабабли кўпроқ эътибор талаб қилмоқда. Бу муаммоларни бартараф этишда тиббиёт ходимларининг шахсий тажрибаси ва профессионалиги муҳим рол ўйнайди.

Қорин бўшлиғининг ёпиқ жароҳати натижасида содир бўлган ўлимнинг асосий сабабларидан бири ингичка ичакни шикастлаш билан перитонит ва қон йўқотишдир. Қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳати билан ингичка ичакнинг шикастланиши ҳар хил хусусиятга эга бўлиши мумкин: жарроҳлик даволанишни талаб қилмайдиган ичакнинг шикастланишлари -кўкарган ёки майда гематомасидан тортиб то шикастланган соҳани хаёт фаолияти тўлиқ бузуилганлиги оқибатида кесиб олиб ташлаш даражасида намоён бўлиши мумкин.

Тадқоқод мақсади: Болаларда қорин бўшлиғи шикастланишларида ингичка ичак ва йўғон ичак жароҳатини ташхислаш ва даволаш натижаларини тахлил қилиш.

Тадқоқод материаллари ва текшириш усуллари: 2015 йилдан 2020 йилгача РШТЎИМ АФ шифохонасининг болалар жарроҳлик бўлимида даволанган йўғон ва ингичка ичак жароҳатлари бўлган 41 беморни даволаш натижалари ўрганилди. Беморларнинг ёши – 2-18 ёш. Қорин бўшлиғининг ёпиқ жароҳати ёки қорин олд девори шикастланган беморларни қабул қилишда стандарт физик ва лаборатория текшируви ўтказилди, гемодинамик барқарорлик баҳоланди ва зарур холларда диагностик лапароскопия ўтказилди.

Тадқиқод натижалар: Қон йўқотиш ҳажми тахминан ўртача 260 ± 107 мл ни ташкил этди. Жарроҳликнинг ўртача давомийлиги 57 минут. Реаниматсияда бўлиш муддати 1-16 кун. Ичакларнинг шикастланишлари орасида ичак перфорацияси 7 та, сероз қаватнинг шикастланиши 14 та, 23 та трансмурал, 7 та тутқич ва деваскуляризация, 3 та йўғон ичак шикастланишлари орасида органлар синиши қайд этилган.

Дастлабки 6 соат ичида 31 бемор оператсия қилинди, биринчи кунда 7 бемор, қабул қилинган кундан бир кундан кўпроқ вақт ичида - 3 та бемор оператив даволанган. Беморлар холатининг оғирлашиш сабаблари орасида геморрагик шок ва унинг оқибатлари, миянинг жиддий травматик шикастланиши мавжуд. Ташхисий лапароскопия 12 нафар беморда, 24 нафар беморда лапаротомия, 4 нафар беморда ичакни резекция қилиш, 1нафарида стома чиқариш жарроҳлик амалиётлари ўтказилган.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Оператсиядан сўнг консерватив даво олган беморлар шифохонада 7–38 кун давомида кузатилган. Қорин бўшлиғи патологияси бўйича такрорий оператсиялар 2 беморда ўтказилди.

Хулоса: Шундай қилиб, йўғон ва ингичка ичак жароҳатлари билан оғриган беморларни даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш қорин бўшлиғидаги шикастланишлар ҳолатида ичи бўш органларнинг шикастланишини ташхислаш ва даволаш қийин иш деган **Хулосага** келишга имкон беради.

ЎСМИРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШИГА АЛОҚАДОР ЭПИДЕМИОЛОГИК ХАТАР ОМИЛЛАРИНИ КИЁСИЙ ТАВСИФИ

Каландаров Д.М., Мамасолиев Н.С., Юлдашев Р.Н., Мамасолиев З.Н.,
Усмонов Б.У.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Текширувнинг мақсади – сурункали пиелонефритга (СрПН) алоқадор чин эпидемиологик шароитларни ўсмирлар орасида аниқлаш ва таҳлил қилиб қиёсий баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва текшириш усуллари. Фарғона водийсининг репрезентатив уюшган ўсмирлар популяциясида (1500 киши) СрПН га алоқадор эпидемиологик шароитлар бир вақтли скринингли тадқиқот ташкил қилиниб ўрганилди. Текширувда эпидемиологик, клиник, биохимик, инструментал ва махсус текширув усуллари қўлланилди ҳамда хатар омиллари/эпидемиологик шароитлар ЖССТ мезонларидан келиб чиқиб баҳоланди.

Натижалар. СрПН га алоқадор номақбул эпидемиологик шароитлар ўсмирларда аксарият полипатия фонидида шаклланади ва 25та хатар омиллари кучайиб боради. Улар жумласига қуйидагилар кирадилар: тиббий хатар омиллари (рефлюкс нефропатия, яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари, антибиотик ва анальгетикларни тез-тез истеъмол қилиш, ўчоқли ва умумий инфекциялар, сийдик-тош касаллиги ва буйрак тузлари, тиббий назоратни номунтазамлиги), ижтимоий-экологик хатар омиллари (кимёвий ва физик омиллар, номувофиқ яшаш шароитлари, номақбул метеорологик ва иқлимий режим, аллергик омиллар), алиментар хатар омиллари (ортиқча овқат истеъмол қилиш, мева ва сабзавотларни кам истеъмол қилиш, шўр ва тузи ўткир таомга ўчлик одати), эпидемиологик хатар омиллари (ортиқча тана вазни, кашандалик, алкоголь, артериал гипертония), биохимик ва модифицирланмайдиган хатар омиллари (гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, микроальбуминурия, ирсий мойиллик) ва модифицирланувчи хатар омиллари (гиподинамия, рухий омил, полипатия ва кўп омилли хатар омиллари).

Хулосалар. Ўсмирларда СрПН ни барвақт аниқлаш ва бартарафлаш учун хатар омилларини/номақбул эпидемиологик шароитларни башоратлашга асосланган



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



профилактика амалиёти фаолиятга кенг қабул қилиниши даркор. Ушбу мақсадда махсус прогнозлаш – математик моделлардан фойдаланилса мақсадга мувофиқ бўлади.

ФЕРМЕРЛИК БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ ПОПУЛЯЦИЯДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ ЧАКИРУВЧИ АСОСИЙ ОМИЛЛАРИ

Каландаров Д.М., Мамасолиева Ш.А, Нишонова Н.А., Мамасолиев Н.С., Курбонова Р.Р.
Анджон давлат тиббиёт институти

Масалани дорзарблиги. Артериал гипертензия (АГ) профилактикасининг турли аҳоли гуруҳларида кучайтириш замонавий фан учун ўткир эҳтиёж ва зарурият ҳисобланади. Чунки у – ҳаётга потенциал хавф солувчи кўп омилли касаллик бўлиб, аҳоли орасида кардиоваскуляр континуум кўпайишига «соқов қотил» сифатида патоген таъсир кўрсатади. Ҳар йили 7,5 миллион дунёдаги ўлим АГ билан боғланган, 50% беморлар даволанишнинг биринчи йилидаёқ дори қабул қилишни тўхтатишади.

Тадқиқотнинг мақсади – фермерлик билан шуғулланувчи популяцияда (ФБШП) артериал гипертензияни (АГ) чакирувчи асосий омилларни урганиб чиқиш бўлди.

Тадқиқот материали ва усуллари. Фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳолининг репрезентатив гуруҳида (2182 та) эпидемиологик тадқиқот бажарилди: $\geq 18 - 70$ ёшли аёллар 1113 та (50,5%) ва эркаклар 1069 та (49,5%). ЕАГ, ЎОАГ ва ОАГ Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсиялари (2020), Россия (2020) ва Европа (ESC, 2020) мезонлари қўлланилиб аниқланди ва баҳоланди.

Тадқиқот натижалари ва мушоҳидаси. АГ нинг етакчи омил бўлган туз суъистемоли эса ушбу аҳолида - 19,8% тарқалиш частотаси билан кузатилди (эркакларда - 55,6% ва аёлларда - 44,9%). Яна олинган маълумотлар кўрсатдики, фармакологик номувофиқлик ҳолати АГ хатар омил сифатида - 16,1% ва частотада тарқалиш билан аниқланиб (эркакларда - 42,6% ва аёлларда - 57,4% тасдиқланади) тасдиқланади. Жами ФБШП аҳолида алкоголь истеъмол қилиш АГ хатар омил сифатида, бошқа популяцияда ва минтақалардан олинган натижаларга қарагандан катта тафовут ила паст тарқалиш частотаси билан кузатилди: $\geq 18-70$ ёшлиларда - 7,8%, 18-30 да -24,2%, 31-49да -58,1%, 50-59 да -96,8% ва ≥ 70 ёшлиларда - 0,00%. Аёллар ушбу ХО умуман аниқланмади (0,00%), эркакларда 100,0% бўлиб тасдиқланади.

Мазкур аҳолида тамаки (сигарет, носвой) чекиш ҳам ХО сифатида ўзига хос эпидемиологик тафсилотлар билан ифодланади. Зеро, у 17,1% (эркакларда - 99,3% ва аёлларда - 0,7%) тарқалиш частотасида тасдиқланади. Энг кўп (43,8%) 31-49 ёшлиларда аниқланади ва **Хулоса** қилиш мумкин-ки, биринчидан тамаки чекиш фермерлик иши билан шуғулланувчиларда бошқа аҳоли гуруҳидагиларга нисбатан икки баробар кам аниқланиш частотаси билан тасдиқланади ва иккинчидан, эркакларда асосан "хавф омил" сифатида қайд қилинади. Шу билан бирга аёлларда ҳам 1,7% ХОнинг аниқланганлиги эътиборни, албатта тортиши керак бўлади.

Тадқиқот маълумотларини қайта ишлаш натижалари исботлади-ки, фермерлик иши билан шуғулланувчи $\geq 18-70$ ёшли ўзбек популяциясида ирсий омил ХО сифатида 12,1%



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



частотада тарқалиш билан кузатилади (эркакларда тарқалиш билан кузатилади (эркакларда - 51,5% ва аёлларда - 48,5%). Бундан фарқли ўлароқ, тадқиқот маълумотларига кўра, текширилган аҳоли гуруҳида гиподинамия аниқланиш частотасининг пастлиги эътиборни тортади. Умумий популяцияда гиподинамия - 23,3% тарқалиш частотаси билан қайд қилинади, энг юқори аниқланиш частотаси билан 31-49 ёшда ва 7 мартадан кўпроқ кам аниқланиш частотаси билан 50-59 ёшда ва деярли 52,1% фарқ билан (1,1%) ≥ 70 ёшлиларда тасдиқланади. Сабаби, ушбу ёшдагилар сонини текширувда озлиги билан тушунтирилади. $\geq 18-70$ ёшли эркак ва аёлларда мазкур ХО - 55,4 ва 44,6% тасдиқланади.

Статистик таҳлил натижалари яна кўрсатадики, ОТВнинг тарқалиш частотаси $\geq 18-70$ ёшли ФБ ШПда 28,3% ташкил қилади (эркакларда - 57,1% ва аёлларда - 42,9%). Юқори частоталари билан 31-49 ёшда (42,0%) ва 50-59 ёшлиларда қайд қилинади (36,7%) ва аксинча, кам кўрсаткич билан (7 баробар қиёсан паст частота билан) ≥ 70 ёшлиларда тасдиқланади (6,2%).

Хулоса. Умуман, ушбу илк эпидемиологик маълумотлар фермерлик билан шуғулланувчи популяцияда АГ хатар омиллари интервенциясига қарши воситаларни ишлаб чиқишда "негизли" аҳамият касб этади. Зеро, улар эътиборга олиниб АГнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси амалга оширилса, ушбу пандемик тусдаги касалликнинг мазкур аҳоли популяциясида, бизнинг натижаларимиз бўйича, 40,0%дан зиёд вақтинча эмас, балки умрбодга "бекилиши мумкин".

БОЛАЛАРДА КАСАЛХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯНИ МАРКАЗИЙ АСАБ ТИЗИМИ БУЗИЛИШЛАРИ БИЛАН КЕЧИШИ

**Каримджанов И.А., Тоғаев М. Қ.
Тошкент тиббиёт академияси.**

Долзарблиги. Болаларда нафас тизими патологияси стационар шароитда даволанишда биринчи ўринда туради. Нафас тизими касалликлари ичида пневмония билан оғриш юқори кўрсаткичларда сақланиб қолмоқда. Пневмония билан оғриган беморлар болаларда асоратли шакли 15-20% ни ташкил қилади. Шулардан марказий нерв тизимида кузатиладиган асоратлар: токсик-метаболик синдром, талваса синдроми, гипоксик энцефалопатиялар учрайди, ва касалликнинг чўзилувчан кечишини, беморларни шифохонада узоқроқ даволанишини, болалар хаёт сифати ўзгаришларига сабаб бўлади.

Мақсад. Эрта ёшдаги болаларда касалхонадан ташқари пневмонияни марказий асаб тизими узгаришларини аниқлаш

Текширув объекти ва усуллари: Тошкент тиббиёт академиясининг 1 клиникасида даволанган 31 та эрта ёшдаги болаларда касалхонадан ташқари пневмонияда текширувлар ўтказилган, улардан 12(38,7%) та беморда марказий асаб тизими



зарарланиши токсик-метаболик синдром билан кечган, 19(61,3%) та беморда пневмония асоратсиз кечган. Беморлар анамнези, клиник белгилар ўрганилди, биохимик текширув, асбобли текширувлар (НСГ, кўкрак қафаси рентгенографияси) ўтказилди.

Текширув натижалари. Беморларнинг клиник симптомлари солиштирилганда шу аниқландики, марказий асаб тизими зарарланиши токсик-метаболик синдром билан асоратланган касалхонадан ташқари пневмонияда иситма тушиши қийинлиги, иштахани бузилиши кучлироқ намоён бўлиши, уйқуси бузилиши, нафас етишмовчилиги белгиларининг кучли намоён бўлиши 5(41,7%) беморда ва касалхонадан ташқари пневмониянинг асоратсиз кечган беморларга нисбатан касалликнинг оғирроқ кечиши кузатилди, 1та(8,3%) бемор реанимация бўлимига ўтказилган ($P<0,05$). Касалликнинг кечишида марказий нерв тизими зарарланиши кузатилганда, болаларда пневмония оғир кечган. Асоратлар қўшилиши билан болаларда кучли безовталиқ, суюқлик ичишдан/овқатланишдан бош тортиши, уйқуси бузилиши туфайли интоксикация белгилари кучайиб болани ахволини янада оғирлашишига сабаб бўлган.

Кузатувларда хансираш, периферик цианоз ҳамма беморларда кузтилди. Марказий асаб тизими нейросонографиясида 4 нафар (33,3%) беморда гипоксик, ишемик ўзгаришлар аниқланган. Марказий асаб тизими асоратланиши билан кечган пневмонияда шифохонада даволаниш муддати 2-3 кун кўпроқ бўлган.

Хулоса

Болаларда касалхонадан ташқари пневмонияда марказий асаб тизими асоратланиши 38,7% кузатилди, ва касалликни оғир кечишига сабаб бўлди.

БОЛАЛАРДА КУЙГАНДАН КЕЙИНГИ ЧАНДИҚЛИ ДЕФОРМАЦИЯ ВА БУҒИМЛАР КОНТРАКТУРАЛАРИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛИ.

**Кетмонов А.Ф., Комилжонов А.О., Рахмонов А.М.,
Андижон давлат тиббиёт институти.**

Мавзунинг **Долзарблиги.** Дунёда инсонларни сонини ортиша ва техникани ривожланиши катталар ва болаларда термик куйишлар сонини ҳам паралел равишда ўстирмоқда. Термик куйишлар оқибатида жарохатларни чандиқланиб битиши қўпол косметик нуқсон ва буғимларда контрактураларга олиб келади. Бу эса жамият орасида ногиронлар сонини кескин ошишига сабаб бўлмоқда.

Тадқиқот мақсади. Янги ишлаб чиқилган тадқиқот усули ёрдамида Ўзбекистон Республикаси болалари орасига термик куйиш оқибатида юза келадиган ногиронликларни камайтириш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Андижон вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази “Пластик ва юз-жағ жарроҳлиги” булимида куйгандан кейинги чандиқли



деформация ва бўғимлар контрактураларини профилактикаси ва даволашда замонавий 3 босқичли усул қўлланилмоқда.

Бу замонавий даволаш профилактика усулининг 1-этапида куйишдан сўнгги жароҳат тўлиқ битгандан сўнг контрактура ва қўпол косметик нуқсонларни оғирлик даражаларини камайтириш учун чандиқларга консеватив даво қўлланилади. «Контрактюбекс» гели ёки «Целестодерм В» мази суртиш, физиотерапевтик муолажалар (массаж, магнитотерапия, сероводородли сувда ванналар). Муолажани давомийлиги 3 курс бўлиб 6-7 ойни ўз ичига олади.

2-этап жароҳлик муолажалар. Контрактура бўлган бўғимлар ва қўпол косметик нуқсонларни чақирувчи чандиқлар пластик жароҳликни замонавий усулларида операция қилинади.

3-этап касалликни қайталанишини олдини олиш учун профилактик даво чоралари қўлланилишига қаратилган. Бу мақсадда операциядан кейин 12-18 кунларда жароҳат иплари олингандан сўнг жароҳатга «Контрактюбекс» мазини суртаб массаж, физиотерапия, 8-10 кун сероводород ванналари қабул қилиш қўлланилади. Беморлар диспансер назоратга олинади.

Тадқиқот натижалари ва **Хулоса.** Ушбу замонавий усул билан чандиқли контрактура ва қўпол косметик нуқсонли беморларнинг 56 нафари Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида даволанди. Натижада 52 (93%) нафар беморларда функционал ва косметик нуқсонлар бартараф этилиб яхши натижаларга эришилди.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ПРОФИЛАКТИКАСИНING ТУРЛИ АҲОЛИ ГУРУҲЛАРИДА КУЧАЙТИРИШ ЖИҲАТЛАРИ

Курбонова Р.Р., Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Мамасолиева Ш.А., Ботиров Ж.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Масалани **Долзарблиги.** Артериал гипертензия (АГ) профилактикасининг турли аҳоли гуруҳларида кучайтириш замонавий фан учун ўткир эҳтиёж ва зарурият ҳисобланади. Чунки у – ҳаётга потенциал хавф солувчи кўп омилли касаллик бўлиб, аҳоли орасида кардиоваскуляр континуум кўпайишига «соқов қотил» сифатида патоген таъсир кўрсатади. Ҳар йили 7,5 миллион дунёдаги ўлим АГ билан боғланган, 50% беморлар даволанишнинг биринчи йилидаёқ дори қабул қилишни тўхтатишади.

Тадқиқотнинг мақсади – фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳоли орасида енгил (ЕАГ), ўртача оғир (ЎОАГ) ва оғир артериал гипертензияни (ОАГ) тарқалиши жиҳатларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди. Шу боис мазкур йўналишда замонавий популяцияда илмий тадқиқотларни бажариш назарий ва амалий аҳамият касб этади.

Тадқиқот материали ва усуллари. Фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳолининг репрезентатив гуруҳида (2182 та) эпидемиологик тадқиқот бажарилди: $\geq 18 - 70$



ёшли аёллар 1113 та (50,5%) ва эркаклар 1069 та (49,5%). ЕАГ, ЎОАГ ва ОАГ Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсиялари (2020), Россия (2020) ва Европа (ESC, 2020) мезонлари қўлланилди.

Тадқиқот натижалари ва мушоҳидаси. АГнинг енгил, ўрта оғир ва оғир шакллари Фб ШПда алоҳида ажратириб ўрганилди ҳамда баҳоланди. Уларнинг аниқланиш частоталари $\geq 18-70$ ёшлиларда қуйидаги кўрсаткичлар билан тасдиқланди: ЕАГ - 5,6% (эркакларда - 6,6 ва аёлларда - 4,6%), ЎОАГ - 6,2% (эркакларда - 6,2% ва аёлларда - 6,3%), ва ОАГ - 0,7% (эркакларда - 1,0% ва аёлларда - 0,4%), ОАГ ЭНГ юқори кўрсаткич билан (1,3%) 50-69 ёшлиларда кузатилади.

Бундай хусусият аҳолининг жисмоний фаоллигини юқори суръатда сақланиши билан тушунтирилиши мумкин. Чунончи, АҚШда 6,5 йил мобайнида олиб борилган кузатувда тасдиқланишича, жисмоний фаолликнинг юқори суръатда сақланиши ирсий омил ҳамда патогенетик таъсирни маълум даражада «бекор қилади» ["Дарё" маълумоти, 2022]. Иккинчидан, овқатланиш тарзининг ҳам бу аҳолида ўзига хослиги (мева - сабзавот, сут - қатиқ маҳсулотларини нисбатан кўпроқ истеъмол қилиниши) уларни АГдан "сақловчи омил" бўлиши мумкинлигини айтиб ўтиш.

Хулоса. Ўзбекистон ҳудудларида АГ ва унинг хатар омиллари профилини баҳолаш имкониятини берувчи эпидемиологик тадқиқотлар илмий тайёргарликни, тадқиқотчиларни тайёрлаш, репрезентатив танловни шакллантириш ва мажбурий жалб қилишни таъминлаб бериш ва методологияга қатъий риоя қилган ҳолда текширув ўтказишни талаб қилади. Фақат у ҳолда, АГ частотаси ва унинг хатар омилларини ҳақиқий баҳолаш имконини беради.

АРТЕРИАЛ ГИПОТЕНЗИЯНИ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА УНГА ОИД ДАВОЛАШ АМАЛИЁТИНИ МУВОФИҚЛАШТИРИШНИ ИЛМИЙ АСОСЛАРИ

КУРБОНОВА Р.Р., МАМАСОЛИЕВА Ш.А., УСМОНОВ Б.У., МАМАСОЛИЕВ Н.С.,

КАЛАНДАРОВ Д.М.

АнддавТИ ва РШТЁИМ АФ, Ўзбекистон

Илмий манбалар тахлили бўйича артериал гипотензияга (АрГ) оид эпидемиологик маълумотлар замонавий популяцияда йўқ даражада ёки аксарият 30 йилдан то 70 йилгача муддати ўтиб эскирган натижалар адабиётларда учрайди.

Ўзбекистон шароитида эса АрГ эпидемиологик тадқиқот ташкил қилиниб катта ёшдаги аҳоли орасида махсус ўрганилмаган, унинг устувор омиллари ажратилиб баҳоланмаган ва бунди оқибати – хозиргача АрГ ни профилактика қилиш модели яратилиб амалиётга киритилмаган, гипотоник континуумни барвақт прогнозлаш ва бартарафлаш алгоритми ишлаб чиқилмаган. Демак, ушбу долзарб илмий муаммони замонавий фан учун Ўзбекистонда ҳам ўткир масала бўлиб қолган дейишга тўла асослар пайдо бўлган.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Тадқиқотнинг мақсади – артериал гипотонияни даволаш дастурларини амалиётда мувофиқлик даражасини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Шу мақсадда АрГ билан беморларни тиббий хужжатлари махсус фармакоэпидемиологик (ФЭ) таҳлил қилиниб ўрганилди. Унинг объекти сифатида амбулатор карталар ва касаллик тарихларидан (жами 69 та) фойдаланилди.

Натижалар ва **Хулосалар.** АрГ билан беморларни фармакоэпидемиологик таҳддил қилиш кўрсатдики, хар бир 5-чи бемор (20,4%) умуман даволанмаган ва бундан ташқари, уларнинг 29,6% да тиббий назорат ўтказилмаган.

Даволаш амалиётига жалб этилган 50,0% беморларда фармакотерапия замонавий стандартларга тўлиқ жавоб бермайди ёки нотўлиқ даволаш фаолияти беморларда кузатилади. Демак, ФЭ хатар омили ҳам АрГ га нисбатан номуқобил эпидемиологик вазиятни келиб чиқишида муҳим хиссасини қўшиб салбий аҳамият касб этади-ки, буни – беморларга ёрдамни ташкил этишни такомиллаштиришга бағишланган даволаш профилактика дастурларида, шубҳасиз, эътиборга олиниши керак бўлган илмий асос деб хисоблаймиз.

Умуман аниқланлдидики, АрГ га оид фаол превентив фаолиятни мунтазам тарзда 8та объектда (эпидтекширув, хатар омиллари, оила, маҳалла, шаҳар, скринингли профилактика, индивидуал ва оилавий тарғибот воситалари, репрезентатив аҳоли гуруҳлари ёки хавф гуруҳлари), 8та йўналишда (эпидемиологик ташхисотни шакллантириш, клиник прогнозлаш, соғлом турмуш тарғиботи, превентив клиник амалиёт, эпидшароит назорати, бирламчи профилактика, иккиламчи профилактика, учламчи профилактика) ва 14 та ташхисий-терапевтик амалиётни қўллаб муайян ҳудуд аҳолисида олиб бориш тақозо этилади. Бундай комплекс фаолият АрГ билан боғлиқ континуумни бартарафлайди ва тиббий-ижтимоий-иқтисодий фойда келтиради.

АНДИЖОН ШАҲРИ АҲОЛИСИДА СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТЛАРНИ ТАРҚАЛИШИ ВА ГЕНДЕРЛИК ХУСУСИЯТЛАРИ (21 ЙИЛЛИК КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИК МОНИТОРИНГ).

Курбонова Р.Р., Мамасолиев Н.С., Асқаров И.Р., Хакимов Н.С.,
Усмонов Б.У.

Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Дунёда 300-400 миллион киши В гепатит вируси билан касалланган ҳисобланади; вирус ташувчисининг тарқалиши турли ҳудудларда 0,2-1% дан (Фарбий Европа ва АҚШ) то 8,3-15% гача (Узоқ ва Яқин Шарқ ва Африка) ўзгариб туради; популяция ва давлатлар С гепатит вирусининг юқори даражада тарқалганлиги билан ажратилади (100000 аҳолига Японияда- 16%, Зоир ва Саудия Арабистонида 6%, Россияда 9,9%); сурункали D гепатитининг тарқалиш кўрсаткичи ҳам шунга ўхшаш (асосан Африка, Яқин Шарқ, Тайван, Ҳиндистон ва Ўртаер денгизи аҳолиси орасида); кўплаб беморларда



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЖЦ ривожланиши билан D гепатити авж олиши кузатилади; йилига 100000 аҳолига 50-200 ҳолатда аутоиммун гепатитнинг тарқалиши кузатилади ва у ҳамма сурункали гепатитнинг 20% ни ташкил қилади.

Изланишнинг мақсади. Андижон шаҳри аҳолисида сурункали гепатитларнинг эпидемиологиясини ва гендерлик хусусиятларини ўрганиш.

Изланиш материал ва усуллари:

Андижон вилоятининг катта ёшли аҳолиси орасида проспектив ретротадқиқот олиб борилди. Унда 18 ёшдан катта беморлар текширилди. Тадқиқотга 2000 йил январдан 2020 йил декабргача бўлган даврда сурункали гепатит ташҳиси клиник, саволнома, биокимёвий, инструментал, функционал усуллари билан тасдиқланган барча беморлар қамраб олинди.

Изланиш натижалари. Олинган натижалардан кўринадики, 2000-2020 йй. даврида текширилган $\geq 18-74$ ёшли жами аҳоли популяциясида сурункали гепатит-26,5 фоиз тарқалиш частотаси билан аниқланди, эркакларда-25,2 фоиз ва аёлларда-27,9 фоиздан, яъни, 2,7 фоиз фарқ билан ($P < 0,05$) аёлларда кўп тасдиқланди. 21 йиллик текширув йилларида сурункали гепатитларни аҳоли орасида сезиларли даражада - 39,2 фоиздан (2000 йил) 25,4 фоизгача (2020 йил), яъни, 13,8 фоизга, ёки йилига 1,5 фоиздан аниқланиш частотасини камайганлиги қайд қилинди ($P < 0,05$). Эркаклар популяциясида 21 йиллик давр оралиғида сурункали гепатитларни тарқалиш частотаси 32,4 фоиздан 21,7 фоизгача етиб камайиш тенденцияси билан, аёлларда эса, эркакларга нисбатан 1,9 баробарига кўп сезиларли даражада фарқ билан камайганлиги тасдиқланди ($P < 0,05$).

Хулоса. Текширилган катта ёшли Андижон аҳолиси популяциясида, 21 йиллик аналитик эпидемиологик ретроспектив тадқиқот натижаси кўрсатдики, СГ-26,5 фоиз тарқалиш частотаси билан аниқланди, эркакларда-25,2 фоиз ва аёлларда-27,9 фоиздан, яъни, 2,7 фоиз фарқ билан ($P < 0,05$) аёлларда кўп тасдиқланди.

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТЛАРНИ АНЪАНАВИЙ ВА НОАНЪАНАВИЙ (ҲАЛҚ ТАБОБАТИ) ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ АЛГОРИТМИ.

Қаландаров М., Мамасолиев Н.С., Асқаров И.Р., Хақимов Н.С., Қаландаров Д.М.
Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Ҳозирги даврда Ўзбекистонда кўрилган чора-тадбирлар натижасида ҳалқ табиблари томонидан хизматлар кўрсатиш соҳасида ҳуқуқий база шакллантирилди, Ўзбекистон ҳалқ табобати ассоциацияси ташкил этилди, ҳалқ табобатининг усуллари ва ютуқларини самарали ва хавфсиз тарзда қўллаш учун биринчи навбатдаги шарт-шароитлар яратилди, уни ривожлантиришнинг асосий мақсадлари ва йўналишлари белгилаб берилди.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Шу муносабат билан, аҳоли орасида ижтимоий аҳамиятга эга сурункали жигар касалликларининг, биринчи навбатда сурункали гепатитларнинг профилак-тикаси ва уларнинг хатар омилларини эрта аниқлаш, уларга қарши курашиш ва мувофиқлаштиришнинг самарали усулларини излаб топиш назарий ва амалий жиҳатдан муҳим илмий йўналиш ҳисобланади.

Изланиш мақсади. Сурункали гепатитларни анъанавий ва ноанъанавий (ҳалқ табобати) профилактикаси ва даволаш алгоритмини ишлаб чиқиш.

Изланиш материаллари ва усуллари. Тадқиқотга 18-74 ёшли сурункали гепатит ва жигар циррози билан клиник шифо-хоналарда даволанган эркак ва аёллар популяцияси (4585 та) ўрганилди ва жумладан, 18 дан 75 ёшгача бўлган 40 та сурункали гепатитлар билан беморларда профессор И.Р. Асқаров томо-нидан ҳалқ табобати соҳасида яратилган, “Аскальций”, “Шифои Мархабо-хон” ва “Асшифо” табиий озик-овқат қўшимчалари (ООҚ) қўлланилди ва улар-нинг самарадолиги, вирусга қарши синтетик препаратларга (АВП) таққос-ланиб чиқилди. Вирусга қарши синтетик препаратлардан энтекавир ва даклатасвир/собосфувир” қўлланилди.

Текширилган папуляцияда клиник шифохона имкониятидан келиб чиқиб, клиник, биокимёвий усуллар, инструментал текширув усуллари амалга оширилди.

Изланиш натижалари. Олинган натижалар қуйидагича тасдиқланди: вирусли гепатитлар билан беморларнинг 8 тасида (80,0 фоиз) ФООҚ билан 3 ойлик даволаш курсидан сўнг вирус бартарафланган, 1 та беморда, “тозаланиш - салбийлик” натижаси, 6 ойдан кейин ва яна 1 беморда - 1 йилдан кейин олинган. Синтетик АВП қабул қилинган бемор-ларнинг 10 тасидан 6 тасида вирус қонда ПЦР усули бўйича 3 ой ичида аниқланмай қола бошлаган, “тозаланиш” 6 ойдан кейин аниқланган ва 2 та беморларда вирусни йўқолиб кетиши бир йилдан кейин аниқланган. 2 та беморда, ПЦР натижаси манфий бўлишига қарамасдан, 2 йилдан кейин гепатит цирроз билан асоратланган.

Хулоса. Тасдиқландики, вирусли гепатитлар билан беморларни табиий биологик фаол қўшилмалар – Аскальций”, Шифон Мархабохон” ва “Асшифо” билан даволаш, синтетик ВҚП билан даволашга қараганда, нисбатан юқори самара беради ва хавфсиз ҳисобланади ва иқтисодий самара келтиради.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А НИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ.

Қобилов Н.Н.

Самарқанд Давлат тиббиёт унверситети, Самарқанд, Ўзбекистон

Долзарблиги. Вирусли гепатит А дунёдаги энг кенг тарқалган юқумли касалликлардан биридир. Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг берган маълумотларига кўра ҳар йили 1,5 миллионга яқин инсон гепатит А билан касалланиши қайд этилади.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Вирусли гепатит А бошқа жигар касалликлари орасида этакчи ўринни эгаллади ва барча вирусли гепатитларнинг 65-75 фоизини ташкил қилади. ВГА га энг юқори сезувчанлик 2 дан 7 ёшгача бўлган болалар ҳисобланади. 2021 – йилда 14 ёш оралиғида бўлган болаларнинг касалланиши 100 000 аҳолига нисбатан 179,63% бўлган, 2022 - йилда эса бу кўрсаткич 631.67% ни ташкил қилган. Шаҳар ва қишлоқ аҳолиси ўртасида касалланиш кўрсаткичи 30% - 32,6% ни қайд қилган. ВГА фекал-орал механизми билан юқадиган юқумли касаллик бўлиб, кўп ҳолатларда касаллик даврий, қисқа муддатли интоксикация, асосий жигарга зиён етказиши билан тавсифланади. Ривожланиб келаётган айрим давлатларда санитар шароити ва гигиеник тадбирларнинг йўқлиги сабабли 14 ёшгача бўлган болаларнинг 85% га яқини гепатит А билан касалланиши аниқланган. Баъзи ривожланиб келаётган давлатларда иқтисодий ўсиш даврида санитария шароитининг йўлга қўйилганлиги гепатит А билан болаларнинг касалланиши камайганлиги кузатилган, аммо бу инфекция катталар орасида касалланиш келтириб чиқармоқда. Бунинг асосий сабаби катталарнинг ёшлик даврида гепатит А га қарши вакцина билан эмланмаганлиги ҳисобланади.

Гепатит А нинг тарқалишига зарарланган сув ва озиқ овқат маҳсулотлари асосий сабабчи бўлганлиги учун эпидемиялар ҳам шу йўл орқали тарқалади. Бунга мисол қилиб Шанхайда 1988-йилда гепатит А билан инфицирланган 300 000 га яқин инсон қайд қилинган. Сўнги йилларда Ўзбекистонда ҳам гепатит а га қарши қилинаётган профилактика тадбирлари ва санитария шароитларнинг яхшиланганига қарамасдан гепатит а билан касалланиш тобора ошиб бормоқда.

Мақсад. Самарқанд вилояти ва туманларида Вирусли гепатит А нинг эпидемиологик таҳлилини олиб бориш ва профилактик тадбирларни ишлаб чиқиш.

Материал ва услублар. 2021-2022 йиллар мобайнида Самарқанд вилояти СЭО ва ЖС бошқармасининг расмий маълумотлардан фойдаланилди. Эпидемиологик, статистик ва микробиологик усулларни қўллаб ўрганилди.

Натижалар муҳокамаси. Ўзаро таъсир этувчи қўзғатувчи ва макроорганизм популяцияларининг биологик хусусиятлари, ҳамда мазкур ўзаро таъсир кечадиган ижтимоий ва табиий шароитлар эпидемик жараён ривожланиш механизмини белгилаб беради. Инфекция манбаи ўткир А гепатит билан касалланган кишилардир, улар, айниқса хасталикнинг дастлабки, сариқлик олди даврида катта хавф туғдиришади. Сариқлик пайдо бўлгач, (ҳаттоки, сариқлик даврининг дастлабки 4-5 кунда) иммунэлектрон микроскопик усул билан беморлар нажасида вирусни 2-10% ҳолатдагина аниқлашга муваффақ бўлинди. Яширин давр давомийлиги ўртача 35 кун (15 кундан 60 кунгача). Маймунларни эксперименталь зарарлаб, яширин давр давомийлиги ва организмга юқтириладиган вирус миқдори ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик мавжудлиги аниқланди.

Самарқанд вилоятида 2021-2022 йиллар статистик маълумотлар асосида эпидемиологик таҳлил ўтказилганда қуйдагилар аниқланди. Вилоятида 2021-2022 йилларда гепатит А билан касалланган беморлар сони 9997 тани ташкил қилди. Самарқанд вилояти бўйича вирусли гепатит А билан касалланганларнинг интенсиф кўрсаткичлари, 2021-йил 179,63,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



2022-йил 631,67 ни ташкил қилди. Энг йуқор кўрсаткичлар асосан Самарқанд вилоятининг қуйдаги вилоятлари эгаллайди.

Ургут туманида 2021-йилда 820 та, 2022- йилда 2259 та бемор аниқланган. Пайариқ туманида эса 2021- йилда 287 та, 2022- йилда 1236 та бемор. Қўшрабод туманида 2021-йилда 66 та бемор аниқланган бўлса, 2022- йилда эса 575 та бемор вирусли гепатит А касаллиги билан касалланган. Бунга сабаб бу ҳудудлар асосан тоғ ён бағрида жойлашганлиги, аҳолисининг зичлиги, тоза ичимлик суви билан кам таъминланган. Ичимлик суви сифатида булоқ сувлари ва тоғдан тушадиган сувлардан нисбатан кўп фойдаланилади.

Хулоса. Каттақўрғон шаҳрида йилдан йилга турмуш тарзининг яхшиланиши, сифатли сув таъминотининг яхшиланиши, кўпчилик мактабларда ва болалар муассасаларида болаларга қайнатилган сув берилиши, вакцинациянинг кенг қўлланиши натижасида, бошқа шаҳар ва туманларга қараганда 2021-2022- йилда касалланиш кўрсаткичи сезиларли даражада пасайган.

касаллик юқмаслиги учун:

Болаларни ёшлигидан шахсий гигиена қоидаларига риоя этишга ўргатиш;

қўлларни совунлаб ювишга одатланиш;

мева-сабзавотларни ювиб истеъмол қилиш;

болаларда бармоқлар, ўйинчоқлар ва бошқа турли буюмларни оғизга солиш, қўлларни сўриш, тирноқларни тишлаш каби одатлар шаклланишига йўл қўймаслик;

сувни қайнатилган ҳолда ичиш;

беморнинг идиш-товоқлари, ўйинчоқлари ва бошқа маиший буюмларини зарарсизлантирувчи воситалар ёрдамида мунтазам равшда ювиб туриш;

ҳожатхоналарни зарарсизлантирувчи воситалар ёрдамида мунтазам артиб туриш тавсия этилади;

ВИТИЛИГО БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА УЧУН ИШЛАБ ЧИҚИЛГАН МОДДИФИКАЦИЯЛАНГАН ИММУНОКОРЕКТИВ КОМПЛЕКС ДАВОНИНГ ДҲСИГА ТАЪСИРИ

Латипов И.И.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Витилиго - бу иммунологик, генетик ва метаболик касалликларнинг комбинацияси натижасида юзага келадиган кўп омилли келиб чиқиши аниқ бўлмаган терининг орттирилган касаллиги бўлиб, у тери қопламасининг маълум соҳаларида меланоситларнинг парчаланиши ҳисобига пигментациянинг йўқолиши билан тавсифланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) берган маълумотларига кўра, витилиго билан касалланган беморлар бутун дунё аҳолининг 2% дан ортиғини ташкил этади, жанубий мамлакатлар ва минтақаларда эса 3-4% ни ташкил қилади. Витилиго



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



билан касалланиш Марказий Осиёда энг юқори кўрсаткичларга эга ва айрим ҳудудларда 10% га етади. Ҳозирги вақтда витилиго патогенезида иммунологик бузилишларнинг роли умумеътироф этилмоқда. Кўплаб илмий тадқиқотлар сўнгги ўн йилликларда шуни кўрсатадики, иммунологик реакциялар ва аутоиммун касалликлар натижасида депигментация ўчоқларининг пайдо бўлишига олиб келинади, бу меланоцитларга ҳам, ўз ичида меланин сақловчи тузилмаларга ҳам аутоантитаначалар ишлаб чиқаришга ёрдам беради. Т-лимфоцитларнинг умумий миқдори ва уларнинг субпопуляциясидаги ўзгаришлар аниқланган, бу эса патологик ситокинларнинг янада кўроқ ишлаб чиқарилишига ўз ҳиссасини қўшади. Витилиго билан касалланган беморларнинг ҳаёт сифати дерматологик ҳаёт сифати индекси (ДҲСИ) ёрдамида баҳоланганда, бу касаллик беморлар ҳаёт сифатига жиддий таъсир кўрсатиши бир неча муаллифлар томонидан эътироф этиб келинмоқда.

Тадқиқот мақсади. Витилиго билан касалланган беморлар учун ишлаб чиқилган моддификацияланган иммунокорректив комплекс давонинг ДҲСИга таъсирини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Бизнинг назоратимиз остида 2020 йилдан 2023 йилгача 18 ёшдан ошган 118 нафар витилигонинг турли шакллари билан касалланган беморлар қамраб олинган бўлиб, шулардан 66 нафари аёллар ва 52 нафари эркеклар. Тадқиқот давомида шикоятларни чуқур таҳлил қилиш, ҳаёт ва касаллик анамнезини, атологик ҳолатни баҳолашни ўз ичига қамраб олган бўлиб беморларни клиник стандартлар асосида комплек текшириширувларнинг ўтказилиши назарда тутилган. Анамнез маълумотлари беморларнинг ёши ва жинси, касалликнинг давомийлиги ва кечиш характеристикаси (барқарор ёки прогрессив), қўзғатувчи омилларнинг мавжудлиги, жараённинг тарқалиши даражаси ва унинг локализацияси, бошқа оила аъзоларида бир хил касалликнинг мавжудлиги, илгари қўлланилган даво усулларнинг самарадорлиги ҳақидаги маълумотларни ўз ичига қамраб олади. Витилиго билан касалланган беморларнинг ҳаёт сифати дерматологик ҳаёт сифати индекси (ДҲСИ) ёрдамида баҳоланди, шу мақсадда беморларда анкета сўровномалар ўтказилди. Ушбу анкета сўровномаси Буюк Британия тадқиқотчилари томонидан Finlay A. ва Khan (1994) томонидан таклиф қилинган ва 2001 - йилда Н.Г.Кочергин томонидан МДҲ мамлакатларида фойдаланиш учун мослаштирилган. Анкета сўровномаси даволанишдан олдин ва кейин 6 ва 12 ой ўтиб ўтказилди. Анкета 10 та бемор ҳаётининг турли жабҳаларини қамраб олувчи критериялардан иборат: касбий, маиший, жинсий, ижтимоий, шахсий. Тадқиқотнинг мақсади тери касаллигининг беморнинг ҳаёт тарзига қанчалик даражасини таъсири қилишини баҳолашдир. Ҳар бир савол учун 4 та эҳтимоли бўлган жавоб таклиф этилади, ҳар бир жавобга мос равишда 0 дан 3 баллгача берилади. Максимал балл 30 бўлиши мумкин, беморнинг дерматологик ҳаёт сифати тўпланган балларга тескари пропорционалдир. Ҳаёт сифатининг дерматологик индекси беморнинг аҳолининг оғирлик даражасини баҳолаш мезони, шунингдек, даволаниш самарадорлигини баҳолаш мезони сифатида ишлатилади. Шу билан бирга, даволаниш вақтида ДҲСИ қийматларининг пасайиши беморнинг ҳаёт сифатини яхшиланаётганидан



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



дарак беради. Тадқиқотда витилиго билан касалланган бемор қабул қилаётган даво турига кўра икки гуруҳга бўлинди:

1-гуруҳдаги (асосий гуруҳ) (n=60) беморларга комбинацияланган фототерапия - 311 нм тор диапазонли УВБ терапияси ва тўлқин узунлиги 308 нм бўлган эксимер лазер ва бунга қўшимча равишда пентаксофилиннинг суткалик 1200 мг дозаси билан минипулс кортикостероид терапияси (дексаметазон оғиз орқали 5 мг - ҳафтада 2 кун 3 ойдан 6 ойгача) малҳам такролимус 0,1% билан маҳаллий даво ўтказилди.

2-гуруҳда (таққослаш гуруҳи) (n=58) беморларга комбинацияланган фототерапия - тор диапазонли УВБ терапияси 311 нм ва тўлқин узунлиги 308 нм бўлган эксимер лазер ва 0,1% такролимус малҳами билан маҳаллий даво ўтказилди. Иккала гуруҳдаги беморлар қабул қилган фототерапия курси 20 ҳафтадан ортиқ давом этмади.

Тақиқот натижалари. Даво муолажаларидан олдин I ва II гуруҳ беморларида ДҲСининг ўртача қиймати мос равишда иккала гуруҳда $10,9 \pm 3,7$ ва $10,6 \pm 2,0$ баллни ташкил этди. Бу баҳолаш меъзонидан кўриниб туриптики, касаллик иккала гуруҳ ҳаёт сифатига кучли салбий таъсир кўрсатганлигига мос келади. Иккала гуруҳда ҳам даво муолажаларидан 6 ой ўтиб дерматологик ҳаёт сифатининг индекси кўрсаткичларида ижобий ўзгариш динамикасини кузатилди. Бизнинг тадқиқотимиздаги I гуруҳ беморларида ДҲС индексининг пасайиш динамикаси яққол намоён бўлди. 6 ойлик даво муолажаларидан сўнг ушбу гуруҳда ДҲСининг ўртача қиймати $4,2 \pm 1,2$ баллни ташкил этди ва бу II гуруҳдаги беморлар эришган ДҲСининг $6,7 \pm 0,6$ баллига нисбатан сезиларли даражада ($p < 0,05$) паст кўрсаткичларни намоён қилди.

Даво муолажалари бошлангандан 1 йил ўтгач, беморларнинг иккала гуруҳида ҳам ДҲСИ қийматларининг яққолроқ пасайиши кузатилди. Бу кўрсаткичлар эса ўз навбатида витилиго билан касалланган беморларнинг ҳаёт сифати янада яхшиланганлигини кўрсатади. Шу билан бирга, модификацияланган иммунокорректив комплекс даво олган I гуруҳ беморларида ушбу кўрсаткичларнинг ўртача қиймати $2,1 \pm 0,7$ баллгача камайди ва II гуруҳда ўртача кўрсаткичлар $3,3 \pm 0,4$ баллни ташкил этди. Иккала гуруҳда ҳам ўртача ДҲСИ кўрсаткичлари назорат гуруҳи қийматлари билан таққослаганда нисбатан юқорироқ кўрсаткичларни сақлаб қолди, ҳар иккала гуруҳдаги кўрсаткичларнинг динамикаси эса витилиго билан касалланган беморларнинг дерматологик ҳаёт сифати индекси баҳоланган дастлабки қийматларига нисбатан статистик жиҳатдан ижобий қийматларга ($p < 0,05$) эга бўлди.

Даво муолажаларидан олдин ва кейин кўрсаткичларни таққослаганда, улар ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар аниқланди ($10,9 \pm 3,7$ га нисбатан $2,1 \pm 0,7$ ва $10,6 \pm 2,0$ га нисбатан $3,3 \pm 0,4$ қийматларга ўзгарган $p < 0,05$).

УВБ 311 нм ва 308 нм эксимер лазер ёрдамида комбинацияланган фототерапия ва 0,1% такролимус малҳами билан топикал даво ва бунга қўшимча равишда пентоксифин ва дексаметазон билан даволаш натижасида индекс 5 марта ёки 80% га пасайган. УВБ 311 нм ва 308 нм эксимер лазер ёрдамида комбинацияланган фототерапия ва 0,1% такролимус малҳами билан топикал даво ўтказилган беморларда эса ДҲСИ қиймати 3 марта ёки 66,3%



га пасайган. Шундай қилиб, иккала гуруҳда ўтказилган даво натижасида индекснинг сезиларли пасайиши кузатилди, бироқ асосий гуруҳдаги беморлар ўзларини иккинчи гуруҳ беморларига нисбаттан янада қулайроқ ва ишончлироқ ҳис қилишди.

Хулоса. I гуруҳ беморларида даволаш натижасида индекс 5 марта ёки 80% га пасайган. II гуруҳда беморларида эса ДҲСИ қиймати 3 марта ёки 66,3% га пасайган. Шундай қилиб, иккала гуруҳда ўтказилган даво натижасида индекснинг сезиларли пасайиши кузатилди, бироқ асосий гуруҳдаги беморлар ўзларини иккинчи гуруҳ беморларига нисбаттан янада қулайроқ ва ишончлироқ ҳис қилишди.

“UZ AVTOMOTORS” ЖАМИЯТИДА СТРЕССГА МОЙИЛ ХОДИМЛАРИДА СИМПАТО– АДРЕНАЛ ТИЗИМ ФАОЛИЯТИНИ БАХОЛАШ ВА ТАЛИЛ ҚИЛИШ

Мамажоновна З.К., Кодирова Г.И., Мадаминов И.К.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Артериал гипертензия (АГ) – дунёнинг кўпгина мамлакатларида юрак қон томир системаси касалликлари (ЮКТК) орасида энг кўп учрайдиган хасталик бўлиб ҳисобланади. АГ сабаблари, омиллари энг кўп қиррали бўлган касалликлардан бири. ЖССТ маълумотларига кўра ривожланган мамлакатларда катта ёшли инсонларда АГ 20-40% ни ташкил қилиб, бош мия қон айланишини ўткир бузилиши ва миокард инфаркти каби асоратлари билан инсонни, иш қобилияти йўқолиши натижасида ногиронлик ва ўлим кўрсатқичи прогрессияланиб бормоқда. Изланишларга кўра, гипертензия касаллигини ривожланишининг патогенетик механизмини мукамал ечиб бериш учун, қон айланишини назорат қилиш тизимини, шу жумладан катехоламинларни (КА), биоген аминлар маҳсулотлари ва уларнинг метаболизмида қатнашувчи ферментларни чуқурроқ ўрганиш лозимлигини кўрсатиб ўтилган.

Илмий ишнинг мақсади. UzAvtoMotors жамиятида стрессга мойил ходимларида симпатоадренал тизим фаолиятини баҳолаш ва аниқланган бузилишларни профилактик усуллари жорий этиш.

Материаллар ва текширув усуллари. Биз илмий текширишимизда 77 та беморни Uz-avto motors жамияти ходимлари орасидан назоратга олдик. Беморларнинг ёши 30-60 ёшгача бўлиб беморларга ташхис гипертензия касаллиги (ГК) кўрсатқичларига асосланиб қўйилган. Беморларда клиник лаборатор текширишлар, ЭКГ, рентгенологик текширувлар ҳам ўтказилди. Беморларни текшириш давомида асосан 4 гуруҳга бўлиб олинди. I гуруҳ – назорат гуруҳ (10 та) нисбатан соғлом (офисда ишлайди), II гуруҳ– ГК йўқ, узоққа қатновчилар (20 та), III гуруҳ– ГК бор ходимлар, офисда ишлайди (10 та), IV гуруҳ – ГК бор узоққа қатновчи гараж ходимлари (20 та). Беморларга ташхис субъектив, объектив, клиник текширувлар, антропометрик ва лаборатор натижалар асосида қўйилган.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Симпатико-адренал тизимни баҳолаш учун қон беморлардан эрталаб олинди ва суткалик сийдик иммунферментлик таҳлил усули билан Mindray MR-96A аппарат ёрдамида текширилди.

Текшириш натижалари: Гипертония ривожда САТ фаоллиги ўзгариши билан нейрогуморал бузилишлар муҳим рол ўйнайди. ГКда КАлар сийдик билан экскрецияси назорат гуруҳга нисбатан статистик равишда ошди. Жумладан бу А-67%; НА- 92,3%; ДА- 84,2%га, (2,8 марта) назорат гуруҳга нисбатан юқори бўлган, II-гуруҳга нисбатан – 25,1%, 30%; 26,4%га ортган ($p < 0,001$). А билан клиник кўринишлари ўртасида корреляцион боғлиқликлар аниқланди. НА суткалик экскрецияси ҳам сезиларли ортганлиги аниқланди. Натижаларни таҳлил қилганимизда гипертония касаллиги бор узоққа қатновчи ходимларида адреналин, норадреналин ва дофаминни соғлом ходимларига нисбатан статистик ортганини кузатдик. MAO текширув натижаларига алоҳида қизиқиш бу ферментни биологик фаол аминлар алмашинувида қандай рол ўйнаши ва MAO ингибиторлари билан биоген аминлар ўзгаришлари имкониятлари аниқланди. MAO фаоллик даражаси аниқланиши шуни кўрсатдики суткалик сийдикда КА концентрациясининг параллел ортиши барча гуруҳ беморларда MAO кўрсаткичлари сезиларли пасайишига: ўртача даражадан АГ гуруҳда 1,5 мартага, то кескин ифодаланган 4 гуруҳида - 64,5% (2,4 марта)га, ($p < 0,001$) пасайиши кузатилди (3.3.-жадвал). 4 гуруҳ беморларда MAO билан НА ($r = -0,5125$; $p = 0,00001$) ва А ($r = -0,4249$; $p = 0,0001$) суткалик экскрецияси билан тескари корреляцияси аниқланди. MAO даражасининг кескин пасайиши шу билан тушинтириладики, ГК бор беморларда сийдикда КА даражаси ортишига қарамасдан адренорецепторлар блоканиши белгиланади, ўз навбатида ферментни каталитик фаоллигининг пасайиши билан MAO фаоллигининг пасайиши белгиланади.

Хулоса. UzAvtoMotors жамиятида стрессга мойил ходимларида симпато-адренал тизимни фаоллашгани аниқланди, қон ва сийдикда адреналин ва норадреналин миқдорини ортгани билан намоён бўлди.

ИЗОЛИРАНГАН СИСТОЛИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНΙΑНИНГ ФЕРМЕРЛИК ФАОЛИЯТИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ АҲОЛИ ОРАСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАФСИЛОТЛАРИ

Мамасолиев З.Н., Нишонова Н.А., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Каландаров Д.М.
Анджон давлат тиббиёт институти

Масалани **Долзарблиги.** Президент Ш.М. Мирзиёевнинг 18.12.2018 йилдаги №ПП – 4063 Қарорида кўрсатилганидек “Профилактик тадбирларни мувофиқлаштирувчи самарали тизим мавжуд эмас. Асосий диққат эътибор касалликлар профилактикасига эмас, даволашга қаратилмоқда. Халқаро миқёсда эса тан олинган услублар асосида СНК



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ва уларнинг хатар омиллари бўйича мунтазам эпидемиологик текширув ва сўровномаларни ўтказиб туриш тавсия этилади.....”.

Тадқиқотнинг мақсади – фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳоли орасида изолирланган систолик артериал гипертензияни (ИСАГ) фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳоли орасида эпидемиологик тафсилотлари ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материали ва усуллари. Фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи популяцияда (ФБШП) аҳолининг репрезентатив гуруҳида (2182 та) эпидемиологик тадқиқот бажарилди: $\geq 18 - 70$ ёшли аёллар 1113 та (50,5%) ва эркаклар 1069 та (49,5%). ЕАГ, ЎОАГ ва ОАГ Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсиялари (2020), Россия (2020) ва Европа (ESC, 2020) мезонлари қўлланилиб аниқланди ва баҳоланди.

Тадқиқот натижалари ва мушоҳидаси. Тадқиқотда ИСАГнинг эпидемиологик тафсилотлари олиб борилди ва баҳоланди. Бундай тавсифлар дунё миқёсида кам, Ўзбекистон шароитида ва хусусан, фермерлик билан шуғулланувчи аҳолида умуман йўқ. Илк бор унга хос қуйидаги эпидемиологик хусусиятлари топилди ва амалиётга тавсия қилинди: $\geq 18-70$ ёшли ФБ ШПда 2,7% аниқланиш частотаси билан кузатилди (эркакларда - 2,8% ва аёлларда - 2,55); 2) ёшга боғлиқ ҳолда 7,5% кўпайиб аниқланди; 3) эркак ва аёлларда - 1,7 ва 1,5% тасдиқланди; 70 ёшдан ИСАГ тарқалиш частотаси кескин тафовутланди, аёлларда унинг аниқланиш частотаси икки баробар ортиши кузатилди.

Ушбу натижалар ҳам бошқа клиник текширувлардан олинган **Хулосалардан** кам %лиги билан фарқ қилади. ФБ ШП артериал гипертензия хатар омиллари ва патогенли трофологик ҳолатнинг эпидемиологик тавсиф хусусиятлари тадқиқотда илк бора ўрганилди ва баҳоланди.

Хулоса. Тасдиқланишича, $\geq 18-70$ ёшли текширилган аҳолида мева ва полиз маҳсулотларини меъёрдан яъни ≥ 400 г/сут кам истеъмол қилиш аниқланиш частотаси 21,27% ташкил қилди (эркакларда - 54,84% ва аёлларда - 45,16%). Ёшга боғлиқ ҳолда ушбу кўрсаткич - 24,8% эркакларда ва 22,4% аёлларда фарқланади.

ФЕРМЕРЛИК ФАОЛИЯТИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ АҲОЛИ ОРАСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ИЖТИМОЙ ОМИЛЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Ботиров Ж.А., Мамасолиев З.Н.
Андижон давлат тиббиёт институти

Масалани **Долзарблиги.** Бутун дунёда шулар қаторида Ўзбекистонда ҳам, юрак – қон томир касалликлари ва уларнинг хатар омиллари, жумладан АГ олдини олиш, назорат қилиш ва даволаш, аҳолининг касалланиши ва эрта (бевақт) ўлимни камайтириш бўйича изчил чора тадбирлар кўрилмоқда.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Тадқиқотнинг мақсади – фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳоли орасида артериал гипертензияни хусусиятларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди. Шу боис мазкур йўналишда замонавий популяцияда илмий тадқиқотларни бажариш назарий ва амалий аҳамият касб этади.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқот дизайни бўйича бир вақтли эпидемиологик текширув ҳисобланади. Тадқиқот Фарғона водийсининг Андижон вилояти шароитида ўтказилди. Уни объекти қилиб Пахтабод туманини фермерчилик ишлари билан шуғулланувчи уюшган популяцияси олинди.

Тадқиқот натижалари ва мушоҳидаси. Тадқиқот натижалари фермерлик билан шуғулланувчи аҳоли орасида артериал гипертензия бир қатор хусусиятларга эга эканлиги тасдиқланди. Чунончи, оилавий - ижтимоий омилларга (олий маълумотлилар, ўрта маълумотлилар, турмуш қурмаганлар, турмуш қурганлар, ажрашганлар, бевалар) боғлиқ ҳолда 3,5 баробарга етиб фарқ билан кўпайиб АГ фермерлик билан шуғулланувчи аҳолида кузатилади ва эркакларда ушбу омиллар таъсири аёлларга қиёсан сезиларли даражада кучли бўлади. Нисбатан юқори тарқалиш частотаси билан АГ олий маълумотлилар ва оилавий (турмуш қурганлар) ФБ ШПда тасдиқланади. Бу кўрсаткичлар бошқа популяцияда олинган натижалардан кескин (то 3 баробарга етиб) камлиги билан фарқланади [41;22;48;58].

Мазкур популяцияда АГнинг аниқланиш частотаси турли ёш гуруҳларида 31,3% тафовутланади, ёш ўтиши билан 6,4 баробар ортади: $\geq 18-70$ ёшлиларда 12,9% тарқалиш частотаси билан аниқланади ва унинг аниқланиш частотаси энг кўп 70 ёшдан ошганларда (38,2%) ва 50-69 ёшлиларда (19,7%) тасдиқланади. 18-30 ёшлиларда (6,9%) ва 31-49 ёш гуруҳида (10,8%) энг кам аниқланиш частотаси билан кузатилади ($P < 0,05$).

Хулоса. Бу маълумотлар яна тасдиқлайди, ёш омили сўзсиз АГнинг кучли хатар омилларидан бири ҳисобланади. Ушбу натижалар бошқа популяциялардан олинган ўхшаш натижаларни мутлақо тасдиқлайди. Аммо уларнинг кўпчилиги клиник текширувларда ўзига, асосан фермерликка дахлдор бўлмаган аҳоли эканлигини ҳисобга олиш керак бўлади. Фермерлик билан шуғулланувчи аҳоли популяциясида АГ 12,9% тарқалиш частотаси билан аниқланади ва сезиларли тафовутлиниб эркакларда (14,6%) ҳамда аёлларда (11,3%) тасдиқланади. Ёш омили кучли хатар омили сифатида таъсисланади, унга боғлиқ бўлиб 6,4 баробар АГ аниқланиш частотаси ортади.



ПРОДУКТИВ ИНФАРКТОЛОГИЯНИ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ДОЛЗАРБ МАСАЛАЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ИСТИҚБОЛГА ЙЎНАЛИШИ.

Мамасолиева Н.С , Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р.,
АДТИ ва рштёим АФ Ўзбекистон

Тадқиқотнинг мақсади продиктив ва профилактик инфарктологияни фарғона водийси шароитида долзарб масалаларини аниқлаш ва профилактикасини истиқболлик йўналишларини белгилашда.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. 21-йиллик проспектив тадқиқот водий шароитида амалга оширилди ва унга 2192та миокард инфаркти билан беморлар жалб килинди. М.И ташхиси клиник электрокардиографик, эхокардиографик ва биохимик комплекс текширувларга асосланди.

Олинган натижалар ва **Хулосалар.** Метемал ва шахсий илмий натижалар исботли кўрсатилиши. МИга бағишланган коп сонли клиник, фундаментал ва профилактик тадқиқотлар бўлсада , ушбу касаллик бугунгача ўлим ва ногиронликни етакчи сабабларидан бири бўлиб келмоқда.

Профилактик ва ва кардиореабилитация усулларида ва вақтида ва кўламли фойдаланилса кардиоваскуляар ўлимни, умумий ўлимни ва такрорий МИ кескин камайишига эришиш мумкинлиги тасдиқланади.

Бундай – продиктив (огохлаш) ва профилактик (олдини олиш тадбирларини ахоли-популяция даражасида скриний натижаларига асосланиб узвий амалга ошириш) дастурларини режалаштириш Ўзбекистон миқёсида ва шу жумладан, водий шароитида устувор ва истиқболли йўналиш долзарб масала хисобланади. “Худудий эпидемиологик кўз” билан қаралса бизнинг маълумотларимизга кўра, МИни ўрганишда тадқиқотлар мувозанатини сезиларли даража билан профилактика ва барвақт аниқлаш томон ўзгартирилса – хавфли ва бевосита кардиоваскуляар континуум хавфини камайтириш имкониятлари (шифохона шароитида касалликдан бўладиган ўлимни 4-6 фоизгача тушириб) кескин ошади.

Фарғона водийси шароитида миокард инфарктининг превентив муаммолари ва ечимлари Мамасолиева Н.С , Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р., Холикова Н.А.

АДТИ ва рштёим АФ Ўзбекистон.

Тадқиқотнинг мақсади – фарғона водийси шароитида миокард инфарктининг превентив муаммоларини аниқлаш ва ечимларини кўрсатиб беришдан иборат .

Тадқиқот материали ва усуллари. Андижон шароитида МИ билан даволаш қурсини ўташган 2222та катта ёшдаги эркак ва айоллар популяцияси 20 йиллик проспектив эпидемиологик шароитида ўрганилди С тахлил килиниб чиқилди. Эпидемиологик клиник, биохимиявий ва асбобли текширувлар қўлланилди.

Тадқиқот натижалари ва **Хулосалари.** Водий шароитида илк бора МИни тарқалиши ва 21йил динамикаси (эволюцияси) аниқланди, исботланиб берилди. Илк бора 21 йиллик



проспектив трендэпидемиологик кузатувда МИнинг хатар омилларининг (ХО) тарқалиши Фарғона водийси шароитида аниқланди ва хос ўзгаришлари (бошка популяция ва худудлардагидан кескин фарқ қилиб) исботланиб берилди.

20 йиллик проспектив эпидемиологик тренд тасдиқладик, МИни эркак ва айолларда, қишлоқ ва шаҳар аҳолисида, олиб борилган популяцияда ёшга асосоцияцияланиши ҳам водий шароитида фарқ қилади, хос хусусиятлар ва жихатлар касб этади.

Тадқиқотда илк бора фарғона водийсида бошка юқумли бўлмаган касалликлар билан кўшилиб-қамарбидлик хосил қилиб учраши частотаси аниқланди ва 21 йиллик ўзгаришларини ушбу худуд учун ўрта хос жихатларини борлиги тасдиқланди.

Бундан ташқари, МИнинг клилик кечиши ва индивидиул ҳамда оммавий профилактикаси хусусиятлари ҳам илк бора водий шароитида 20йиллий мониторинг негизида аниқланди ва бахоланди, ундан ташқари самараси юқори мос технологиялар ишлаб чиқилди.

МИОҚАРД ИНФАРҚТИНИ СҚРИНИНГ НАТИЖАЛАРИ ВА ВОДИЙ ШАРОИТИДА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ УСТУВОР ЖИХАТЛАРИ.

**Мамасолиева Н.С , Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р., Холикова Н.А.
АДТИ ва рштёим АФ Ўзбекистон.**

Тадқиқотнинг мақсади- фарғона водийси аҳолисида миоқард инфарқтининг сқринингини амалга ошириш, унинг натижаларини баҳолаш ва профилактикасини устувор жихатларини аниқлашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. 21йиллик сқринингли тадқиқотда 1573та Қ-ли миоқард инфаркти ва 649та Қ-сиз миоқард инфаркти билан катта ёшдаги беморлар ўрганилди ва таҳлил қилиниб бахоланди.

Олинган натижалар ва **Хулосалар.** Сқрининг натижалари кўрсатадики, хатар омиллари ва коморбидлик негизида шакилланиб ривожланган миоқард инфарқтини, унинг ноананавий турларини ташхислашди сқринингда, предиксия ва превенцияда қўлланиладиган замонавий усуллардан фойдаланиш унинг ҳолати ва асоратланиши жараёнининг эрта аниқлаш, бартарафлаш имкониятини яратиб беради.

Сқрининг тадқиқотда, узоқ муддатли кузатувга асосланган, ишлаб чиқилган тавсияларни тоғридан-тоғри амалиётга тадбиғ этиши мумкин. Бу, миоқард инфарқти олди ҳолатини ўз вақтида аниқлаб ҳасталанишнинг авжланиш босқичида кардио ва эқстрокардиал асоратларини ўз вақтида аниқлаб иккиламчи ва учламчи профилактикаси ҳамда даво чораларини қўллаш юрак қон томир тизимидаги патология жараёни (ремоделингни) мўтадиллаштиришига, такрорий миокард инфарқтини камайишига, беморларни инфарқтдан кейинги ҳолатлар бўйича шифохонага қайта тушишлар сонини камайиши, кардиоваскуляар континумни бартарафлаштиришга ва ҳаёт давомийлигини узайишига олиб келади.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЗАМОНАВИЙ МИОҚАРД ИНФАРҚТИ:ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИНИ ОРГАНИШ ЗАРУРИЯТЛАРИ ВА ЎЗБЕКИСТОН ХУДУДЛАРИДА АЛОХИДА ХУСУСИЯТЛАРИ.

Мамасолиева Н.С , Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р., Холикова Н.А.
АДТИ ва рштёим АФ Ўзбекистон.

Тадқиқотнинг мақсади-замонавий Миокард инфарқтининг (МИ) эпидемиологиясини органишнинг долзарб масалаларини аниқлаш баҳолашдан иборат.

Тадқиқот натижалари ва усуллари. Тадқиқот дизайни бўйича проспектив (21йиллик) эпидемиологик текширув ҳисобланади ва 2000-2021йилларда бажарилди. Жами 2222та МИ билан 20-80 ёшли аҳоли тадқиқотга жалб килинди. Эпидемиологик, клиник, биохимик ва инструментал текширув усуллари қўлланилди.

Тадқиқот натижалари ва **Хулосалари.** МИ эпидемиологияси бўйича чунончи миокард инфарқтини камарбидликка қўшилиб тарқалиши, хатар омиллари билан ассоцирланиши ва профилақтикасининг хусусиятларини турли миокарда ўрганиш ва аниқлаш борасида кескинлашган эпидемиологик вазият замонавий холида вужудга келган ва бундан ташқари, яқин йилларда уни сақланиб қолиши кутилмоқда. Бундай номақбул эпидемиологик вазиятни кузатиб бориш тенденцияси сақланиб қолаётганлиги ҳақида маълумотларни хорижий ва ватандош тадқиқотчилар тақдим эта бошлашган. Бундай **Хулоса** бизнинг 21йиллик кузатувимизда ҳам 83тасдиғини топмоқда.

Шу боис МИ ва унинг хатар омиллари эпидемиологиясини ўрганишни давом эттириш, МИни хатар омиллари билан ассоциацияланиши ва профилақтикасини Ўзбекистон шароитида ўрганиш, турли ҳудудларда, жумладан, фарғона водийсининг замонавий аҳолисида таҳлил қилиб аниқланган. (21йиллик натижаларимиз бўйича ҳам) ва ҳолатларни ижобийлаштирадиган янгича ёндашувлар ва ёки скрининг-клиник-профилақтик технологияларни ишлаб чиқиш фаннинг, профилақтик тиббиётнинг айникса долзарб йўналишларидан бири бўлиб ҳисобланади

МИОҚАРД ИНФАРҚТИ КОНТИНУУМИНИ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА СКРИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ АСОСЛАРИ (21ЙИЛЛИК ЭПИДЕМИОЛОГИК НАТИЖАРАЛИ БЎЙИЧА)

Мамасолиева Н.С , Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р., Холикова Н.А.
АДТИ ва рштёим АФ Ўзбекистон.

Тадқиқот мақсади- миокард инфарқти(МИ) континуумини фарғона водийси шароитида скрининг профилақтикасини илмий асосларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Тадқиқот материаллари ва усуллари. Водийни Андижон шароитида 21йиллик эпидемиологик мониторинг ташкил этилди. Унга 18-80 ёшли эркак ва аёллар жалб килинди. Объект сифатида МИ билан рштёим АФ да даволаниш курсини ўтаган 2222та беморлар олинди. Сўровномали, клиник, биохимик ва инструментал текширув усулларидадан фойдаланилди МИ ташхиси РЕРОPP-2 мезонлари бўйича ташкиллаштирилди. Олинган натижалар ва **Хулосалар.** Тасдиқландики, фаол профилактикани ва барвақт ташхисни турли субъектив ҳамда объектив сабабларга кўра <<бой бериш>> МИ билан боғлиқ келиб чиқадиган нохуш тенденцияларни сақланиб қолишига ва хаттоки континуумга (ўлимга) олиб келади.

Охириги йилларда шифохонагача босқичда МИни ёшларда ва ўрта ёшлиларда ўсаётганлиги, тадқиқотимиз натижалари бўйича, тасдиқланади.

Қардиохирургик даводан сўнг ҳам асоратлар частотаси ўсаётганлиги қайт этилади ва демак, **Хулоса** қилиш мумкин бўладики, ушбу жараёнларнинг коп томонларини ва асосан, профилактика скрининг йўналишларини ўрганиш ҳамда аниқлаб бериш учун махсус тадқиқотларни давом эттириш эҳтиёжга айланган ва зарур бўлиб колган.

Мазкур масалани давомли (проспектив) эпидемиологик мониторингда Ўзбекистон шароитида ўрганилганлиги ёки тўлиқ хал этилмаганлиги, аниқ илмий натижаларни қилмаганлиги бўйича тадқиқотларни режалаштирилганлигига ва амалга оширилишига, ўйлаймизки, туртки бўла олади.

Миоқард инфарқтини скрининг натижалари ва водий шароитида профилактикасини устувор жихатлари.

Мамасолиева Н.С., Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р., Холикова Н.А.

АДТИ ва рштёим АФ Ўзбекистон.

Тадқиқотнинг мақсади- фарғона водийси ахолисида миоқард инфарқтининг скринингини амалга ошириш, унинг натижаларини баҳолаш ва профилактикасини устувор жихатларини аниқлашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. 21йиллик скринингли тадқиқотда 1573та Қ-ли миоқард инфаркти ва 649та Қ-сиз миоқард инфаркти билан катта ёшдаги беморлар ўрганилди ва тахлил қилиниб баҳоланди.

Олинган натижалар ва **Хулосалар.** Скрининг натижалари кўрсатадики, хатар омиллари ва коморбидлик негизида шакилланиб ривожланган миоқард инфарқтини, унинг ноананавий турларини ташхислашди скринингда, предиксия ва превенцияда қўлланиладиган замонавий усуллардан фойдаланиш унинг холати ва асоратланиши жараёнининг эрта аниқлаш, бартарафлаш имкониятини яратиб беради.

Скрининг тадқиқотда, узоқ муддатли кузатувга асосланган, ишлаб чиқилган тавсияларни тоғридан-тоғри амалиётга тадбиғ этиши мумкин. Бу, миоқард инфарқти олди холатини ўз вақтида аниқлаб хасталанишнинг авжланиш босқичида кардио ва экстрокардиал асоратларини ўз вақтида аниқлаб иккиламчи ва учламчи профилактикаси ҳамда даво чораларини қўллаш юрак қон томир тизимидаги патология жараёни (ремоделингни) мўтадиллаштиришига, такрорий миоқард инфарқтини камайишига, беморларни



инфарқтдан кейинги ҳолатлар бўйича шифохонага қайта тушишлар сонини камайиши, кардиоваскуляар континуумни бартарафлаштиришга ва ҳаёт давомийлигини узайтишига олиб келади.

ЗАМОНАВИЙ МИОҚАРД ИНФАРҚТИ:ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИНИ ОРГАНИШ ЗАРУРИЯТЛАРИ ВА ЎЗБЕКИСТОН ХУДУДЛАРИДА АЛОХИДА ХУСУСИЯТЛАРИ.

Мамасолиева Н.С , Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р., Холикова Н.А.

АДТИ ва рштёим АФ Ўзбекистон.

Тадқиқотнинг мақсади-замонавий Миокард инфарқтининг (МИ) эпидемиологиясини органишнинг долзарб масалаларини аниқлаш баҳолашдан иборат.

Тадқиқот натижалари ва усуллари. Тадқиқот дизайни бўйича проспектив (21йиллик) эпидемиологик текширув ҳисобланади ва 2000-2021йилларда бажарилди. Жами 2222та МИ билан 20-80 ёшли аҳоли тадқиқотга жалб килинди. Эпидемиологик, клиник, биохимик ва инструментал текширув усуллари қўлланилди.

Тадқиқот натижалари ва **Хулосалари.** МИ эпидемиологияси бўйича чунончи миокард инфарқтини камарбидликка қўшилиб тарқалиши, хатар омиллари билан ассоцирланиши ва профилақтикасининг хусусиятларини турли миокарда ўрганиш ва аниқлаш борасида кескинлашган эпидемиологик вазият замонавий ҳолида вужудга келган ва бундан ташқари, яқин йилларда уни сақланиб қолиши кутилмоқда. Бундай номақбул эпидемиологик вазиятни кузатиб бориш тенденцияси сақланиб қолаётганлиги ҳақида маълумотларни хорижий ва ватандош тадқиқотчилар тақдим эта бошлашган. Бундай **Хулоса** бизнинг 21йиллик кузатувимизда ҳам 83тасдиғини топмоқда.

Шу боис МИ ва унинг хатар омиллари эпидемиологиясини ўрганишни давом эттириш, МИни хатар омиллари билан ассоциацияланиши ва профилақтикасини Ўзбекистон шароитида ўрганиш, турли ҳудудларда, жумладан, фарғона водийсининг замонавий аҳолисида таҳлил қилиб аниқланган. (21йиллик натижаларимиз бўйича ҳам) ва ҳолатларни ижобийлаштирадиган янгича ёндашувлар ва ёки скрининг-клиник-профилақтик технологияларни ишлаб чиқиш фаннинг, профилақтик тиббиётнинг айниқса долзарб йўналишларидан бири бўлиб ҳисобланади

ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА МИОКАРД ИНФАРҚТИНИНГ ПРЕВЕНТИВ МУАММОЛАРИ ВА ЕЧИМЛАРИ

Мамасолиева Н.С , Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р., Холикова Н.А.

АДТИ ва рштёим АФ Ўзбекистон.

Тадқиқотнинг мақсади – фарғона водийси шароитида миокард инфарқтининг превент муаммоларини аниқлаш ва ечимларини кўрсатиб беришдан иборат .



Тадқиқот материали ва усуллари. Андижон шароитида МИ билан даволаш қурсини ўташган 2222та катта ёшдаги эркак ва айоллар популяцияси 20 йиллик проспектив эпидемиологик шароитида ўрганилди С таҳлил қилиниб чиқилди. Эпидемиологик клиник, биохимиявий ва асбобли текширувлар қўлланилди.

Тадқиқот натижалари ва **Хулосалари.** Водий шароитида илк бора МИни тарқалиши ва 21йил динамикаси (эволюцияси) аниқланди, исботланиб берилди. Илк бора 21 йиллик проспектив трендэпидемиологик кузатувда МИнинг хатар омилларининг (ХО) тарқалиши Фарғона водийси шароитида аниқланди ва хос ўзгаришлари (бошка популяция ва худудлардагидан кескин фарқ қилиб) исботланиб берилди.

20 йиллик проспектив эпидемиологик тренд тасдиқладики, МИни эркак ва айолларда, қишлоқ ва шаҳар аҳолисида, олиб борилган популяцияда ёшга асосоцияцияланиши ҳам водий шароитида фарқ қилади, хос хусусиятлар ва жихатлар касб этади.

Тадқиқотда илк бора фарғона водийсида бошка юқумли бўлмаган касалликлар билан кўшилиб-қамарбидлик хосил қилиб учраши частотаси аниқланди ва 21 йиллик ўзгаришларини ушбу худуд учун ўрта хос жихатларини борлиги тасдиқланди.

Бундан ташқари, МИнинг клилик кечиши ва индивидуул ҳамда оммавий профилактикаси хусусиятлари ҳам илк бора водий шароитида 20йиллий мониторинг негизида аниқланди ва баҳоланди, ундан ташқари самараси юқори мос технологиялар ишлаб чиқилди.

БРОНХИАЛ АСТМАНИ АЁЛЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ЗАМОНАВИЙ АЛОХИДА ХУСУСИЯТЛАРИ

**Мамасолиева Ш.А., Холикова Н.А., Мамасолиев Н.С., Курбонова Р.Р., Соипова Г.А.
АндДавТИ ва РШТЎИМ АФ, Ўзбекистон**

Тадқиқотнинг мақсади – аёллар популяциясида бронхиал астманинг (БА) клиник кечишининг замонавий алохида хусусиятларини Фарғона водийси шароитида аниқлаш ва баҳолашдан иборат.

Тадқиқот материали ва усуллари. Клиник – эпидемиологик (ретроспектив) тадқиқот 2001 – 2020 йиллари ташкил қилинди. ЖССТ ва GINA (2009) тавсиялари қўлланилиб ўтказилган ушбу текширувга 577 та $\geq 18 - 90$ ёшли бронхиал астма билан РШТЎИМ АФ да даволанишда бўлган аёллар объект қилиниб олинди ва комплекс баҳоланди.

Олинган натижалар ва **Хулосалар.** Таҳлиллар шунини кўрсатдики, $\geq 18 - 90$ ёшли аёлларда Баниг анъанавий симптомларини учраш частотаси 20 йил ичида 23,8 % дан 39,4 % га ортган ёки 14,5 % кўп аниқланган.

Етакчи симптомар текширув йилларида ўзига хос кўрсаткичларга эга бўлди: экспираторли нафас қисиши (ЭНҚ) – 16,1 ва 14,8 % (1,3 % камайиш билан; $P < 0,05$); хириллаш – 17,5 % ва 18,4 % (0,9 % ортиш билан; $P < 0,05$), йўтал – 24,5 % ва 25,0 %, 0,5 % га ортиш билан; кўкрак қафаси тўлиши (КҚТ) – 12,9 % ва 13,8 % (4,8 % кўпайиш билан; $P < 0,05$), тунги симптомлар –



29,0 % ва 28,0 % (1,0 % камайиш билан; $P < 0,05$). 18 – 44 ёшларда БАнинг анъанавий симптомлар билан кечиши 0,42 % (2001 йилда) ва 19,47 % (2020 йилда) частоталар билан аниқланди.

Етук ёшдагиларда (45 – 59 ёш гуруҳи) БАнинг замонавий кечишини ўзгариши анъанавий клиник кўринишларини 15,04 % дан (2001 й) то 17,63 % гача (2020й) ортанлиги билан ($P < 0,05$) ифодаланади 60 – 74 ёшлиларда бу кўрсаткичлар – 15,04 % ва 15,96 % дан, 75 – 90 ёшли аҳоли орасида эса – БА клиник кечишининг анъанавий симптомларини – 10,03 % (2001) ва 7,35 % (2020) даражаларида ўзгаришлари билан ифодаланади ($P < 0,05$).

ИЖТИМОЙ АҲАМИЯТЛИ ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИНИ ҲАЛҚ ТАБОБАТИ УСУЛЛАРИ БИЛАН ДАВОЛАШДА ЯНГИ ТОПИЛМАЛАР ВА УЛАРДАН ФЙДАЛАНИШ НАТИЖАЛАРИ.

Мамасолиева Ш.А., Асқаров И.Р., Мамасолиев Н.С., Хакимов Н.С., Усмонов Б.У.

Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясида ва Президент Ш.М.Мирзиёевнинг бошқа қатор Қарор ва Фармонларида анъанавий тиббиётни халқ табобатининг усуллари билан мақсадли ва самарали тўлдиришнинг янги йўналишларини яратиш ҳақида амалий фаолиятга жорий қилиш масалалари долзарб илмий ва амалий мавзу қилиб белгиланган. Шунинг учун, синтетик ВҚП лар ўрнини боса оладиган (хавфсиз, нохуш таъсири йўқ бўлган, арзон, экологик тоза, табиий биологик фаол бирикмалар сақлаган, шифобахш ўсимликлар асосида яратилган, иқтисодий самарадор) доривор препаратларни яратиш, ҳамда уларни амалий фаолиятга жорий қилши бўйича илмий тадқиқотлар зарурият ва долзарб ҳисобланади.

Изланишнинг мақсади. Ижтимоий аҳамиятли жигар касалликларини халқ табобати усуллари билан даволашда янги топилмалар ва улардан фойдаланиш натижаларини ўрганиш ва баҳолаш.

Изланиш материаллари ва усуллари. Тадқиқотга 18-74 ёшли сурункали гепатит ва жигар циррози билан клиник шифохоналарда даволанган эркак ва аёллар популяцияси ўрганилди. Текширув базасида даволанган 20 та ИАЭЖК билан беморда (сурункали гепатитлар) ва улар негизида ривожланган вирусли жигар циррозларида, “Аскальций”, “Шифои Мархабоҳон” ва “Асшифо” табиий озик-овқат қўшимчалари (ООҚ) қўлланилди ва таҳлил ыилинди. Текширилган популяцияда, умумқабул қилинган биокимёвий усул-лар, биокимёвий лаборатор, инструментал текширув усуллари бажарилиб амалга оширилди.

Изланиш натижалари. Олинган натижалар баҳоланди ва қуйидагилар тасдиқланди: ООҚ билан даво курси қўлланилгандан кейин, гемоглобинни 7,4 фоизга ўсиши кузатилди, эритроцитлар миқдори 6,6 фоизга ошган, лейкоцит-лар миқдори 2,4 фоизга ва ЭЧТ – 10,8 фоизга камайган. Шундай тенденция қоннинг биокимёвий кўрсаткичларида ҳам тасдиқланди. Вирусли гепатит билан беморларни 16 тасида (80,0 фоиз) ФООҚ билан 3



ойлик даволаш курсидан сўнг вирус бартарафланган Келгуси 2 йил давомидаги кузатувда рецидив ҳолати ва касалликнинг асоратлари кузатилмаган.

Хулоса. Тасдиқландики, вирусли гепатит – цирроз билан беморларни табиий биологик фаол қўшилмалар – Аскальций”, Шифон Мархабохон” ва “Асшифо” билан даволаш юқори самара беради ва хавфсиз ҳисобланади.

ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ, ЖИГАРНИНГ СУРУНКАЛИ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ХОЛАТЛАРДА ДИАГНОЗ КУЙИШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Mirzaev V.I., O'roqov Sh.T.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, хирургик касалликлар ва реанимация кафедраси. Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Узбекистон республикаси, Бухоро ш.

Мавзунинг **Долзарблиги:** Ҳар йил ошқозон ости беши ўткир яллиғланишига бағишланган номзодлик ва докторлик диссертатсиялари ҳимоялари ва кўпгина олиб борилаётган илмий изланишларга қарамасдан, ўткир панкреатит ўз актуаллигини ҳанузгача сақлаб қолмоқда. Ўткир ва сурункали панкреатит кўп учрайдиган хирургик касалликлар орасида кенг тарқалганлиги билан ажралиб туради ва ҳазм аъзолари касалликлари орасида 5-12% ни ташкил қилади. Айрим олимларнинг маълумотларига қараганда, охириги 30 йилда бутун дунё бўйича ўткир панкреатит касалликларининг ўсиш суръати икки баробар ва ундан кўпроқ кузатилмоқда. Ўткир панкреатитнинг некротик турида 40-70% ҳолатларда некротик жараёнга эндоген инфекциянинг қўшилиши натижасида ошқозон ости беши ва атроф тўқималарда некротик – яллиғланиш жараёни ривожланиб, бу ҳолат эса ўз ўрнида инфекция-токсик шокка кейинчалик эса септик полиорган этишмовчилигига олиб келади. Бундай ҳолатларди натижа 85% гача ўлим билан тугайди.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Такикот иши 2018-2022 йиллар давомида Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалининг 1 ва 2 жарроҳлик бўлимида стацио нар даволанишда бўлган 84 нафар беморларда ўтказилган таҳлилларга асосланган.

Беморларни ёшига қараб тақсимлаш учун 1962 йил Киев симпозиуми ҳамда Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти бюросининг ҳудудий семинарида (Киев, 1963 йил) қабул қилинган ёш гуруҳлари таснифидан фойдаланилган. Ушбу таснифга кўра, 14 ёшгача бўлган шахслар болалар гуруҳига киритилди, 15 дан 29 ёшгача бўлганлар ўсмир, 30-44 ёшдагилар ёшлар, 45-59 ёшдагилар ўрта (катта) ёшдагилар, 60-74 ёшгача ёши ўтган ва 75-90 ёшдагилар қарилар гуруҳига, 90 ёшдан катталар эса узоқ умр кўрувчилар гуруҳига киритилган (В.В.Фролькис,1970).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Бир икки гуруҳдаги беморларнинг қиёсий таҳлилини ўтказдик. Биринчи гуруҳдагилар 44 кишини ташкил қилиб, улар ўп ва жсдк билан касалланган (асосий гуруҳ). Иккинчи (назорат) гуруҳи 40 кишидан иборат бўлиб, уларда жигар патологияси белгилари бўлмаганда, ўп билан касалланган.

Беморларни жигарнинг сурункали диффуз касалланиши ўткир панкреатит ташхиси бўйича таснифлаш: асосий гуруҳда жсдк + Шишли (интерстициал) панкреатит (ИП) касаллиги кўпроқ кузатилди 27 (61%), жсдк + стерил панкреонекроз (СПН) 14 (32%) кишида бўлиб, жсдк + инфитсирланган панкреонекроз 3 (7%) кишида кузатилди. Маълумки, жсдк кўп ҳолларда катта ёшдаги инсонларда учрайди, айниқса ушбу ёшда ИП ва СПН тобора кўп кузатилади.

Аниқланишича, барча ёш гуруҳларида, 30 дан бошлаб 74 ёшгача жсдк ўп билан биргаликда келса, унинг жинс бўйича фарқи аниқланмади.

Тадқиқот натижалари: Жигар диффуз касаллиги билан оғриган беморларда ОПнинг кечилишининг клиник хусусиятларини аниқлаш мақсадида клиник кўрсаткичлар жигар патологиясига эга бўлмаган ва ўп билан оғриган беморлардаги кўрсаткичлар билан қиёсий таҳлили ўтказилди. Ушбу мақсадда биз жигар патологиясига эга бўлмаган ва ўп билан оғриган 40 нафар бемордаги клиник, биокимёвий ва инструментал текширувларнинг натижаларини ўрганиб чиқдик. Улардан 22 нафари аёллар, 18 нафари эркекларни ташкил қилиб, уларнинг ёши 29-73 ни ташкил қилади.

Аниқланишича, жсдк ва ўп билан касалланган беморларда қорин қисмида, айниқса қовурға ости эпигастрияси соҳасида оғриқ пайдо бўлади, қусиш, умумий ҳолсизлик, шунингдек эндоген интоксикация белгилари (оғиз қуриши, гипертермия, тахикардия ва ҳ.к.) кузатилади. жсдк нинг узоқ муддат давомида яширин ҳолда кечиши касалликнинг ҳақиқий кечиш муддатларини аниқлашни қийинлаштиради. Таҳлил қилинган гуруҳда касалликни аниқловчи белгилар диапазони анчагина кенг бўлиб, улар оддий ҳолсизликдан қихилўнгач-ошқозон профуз қон кетишигача кузатилди, шунинг учун касаллик анамнезининг давомийлиги бир биридан жуда ҳам фарқ қилди. Анамнезнинг ўртача муддаги 3.2 йилни ташкил қилди. Касалхонага ётқизилган пайтдаги асосий шикоятлар 2.4 жадвалда кўрсатилган.

Касалхонага келган 11 (25%) беморда олд қорин девори веноз тасвирининг кучайиши кузатилди. 32 (72%) беморда пайпаслаганда жигар ҳажмининг ошиши кузатилди. Спленомегалия, аксинча, келиб бўлган беморларда кўпроқ кузатилди. Ушбу аломат жсдкни ташхислашда энг муҳим ва аҳамиятли белгилардан бири ҳисобланади. Спленомегалия ташхиси 14 (32%) беморда қўйилди. Бунда пальпатор спленомегалия 9 (20,5%), сонографик спленомегалия 16 (100%) беморда кузатилди.

Хулоса: жсдк фонида ўткир панкреатит билан касалхонага тушган беморларни текшириш қўйидаги юналишда амалга оширилиши керак, яъни ошқозон ости безининг яллиғланиш характерини ва жигар паренхимасининг яллиғланиш даражасини аниқлаш.

Бошлангич лейкопенияси мавжуд булган беморлар категориясида лейкоцитлар сонига қараб ошқозон ости бези яллиғланиш даражасини аниқлаш анча мушкул. Бундай



пайтларда лейкограмманинг узгаришига караб қиёслаш анча информатив хисобланади, лейкоформуланинг чапга силжиши ва таекчаядро нейтрофилларнинг периферик конда пайдо булиши корин бушлигида паталогик учокнинг авжи хакида тулиқроқ маълумот беради.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Мирзакаримов Б.Х., Джумабоев Ж.У., Нўъмонов Б.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан.

Килевидная деформация грудной клетки является врожденным дефектом развития, который характеризуется выпячиванием вперед грудины и сочленяющихся с ней ребер. КДГК является второй по частоте после воронкообразной деформации. По данным авторов данная патология расценивается не только как косметический дефект, но и как причина функциональных нарушений со стороны органов дыхания, сердца и даже психологии детей. Выраженный косметический дефект у детей старшем возрасте приводит к замкнутости иногда агрессивности, нарушению социальной адаптацией в обществе. Основным методом лечения является хирургическое, т.е. корригирующая торакопластика.

Цель: обосновать методику коррекции в зависимости от типа килевидной деформации и определить оптимальный возраст операции.

Материал и методы: за последние 5 лет в клинику детской хирургии были госпитализированы для обследования и лечения 86 детей КДГК различного типа. Возраст детей от 4 до 14 лет. По полу детей распределили мальчиков - 61, девочек – 25. По типу (классификация Баирова Г.А., и Фокина А.А.) деформации: 1. Манубриокостальный тип 20-детей, этот тип характеризуется изгибом вперед рукоятки грудной клетки .2. Корпорокостальный тип: 45-детей отмечалась выпячивание средней и нижней трети грудины. 3. Костальный – 21 детей, наблюдался изгиб перед реберными хрящами парастернально в виде подковообразной деформации.

Анамнестические данные указывали на то, что почти у всех детей деформация грудной клетки были замечены вскоре после рождении. С возрастом у детей отмечалась болезненное ощущение за грудиной и нарушения психологического статуса. При психологическом обследовании выявлено, что дети младшего возраста комплексу неполноценности не вызывали особых беспокойств. С возрастом нарастало влияние деформации, развивалась апатия, застенчивость недовольство внешним видом. Все дети после предварительного обследования были оперированы, показанием явилась косметический дефект и функциональные нарушения со стороны органов грудной клетки, что подтверждает наличие утомляемости, одышки и сердцебиение при незначительной физической нагрузке. За основу метода торакопластики мы использовали метод Баирова которая заключалась в резекции деформированных ребер, поперечная стернотомия и



фиксация давящей повязкой. Нами было дополнено к методике: а) миоластика над корригированной грудиной, б) продольная клиновидная стернотомия при корпорокостальном типе, в) максимальная укорочение нижних ребер:

Таким образом, КДГК у детей с возрастом прогрессируя, приводит к функциональным нарушениям органов грудной полости и нарушению психического статуса. Что является показанием к оперативной коррекции. Хирургическая лечения данной патологии с изменённым методом коррекции дает возможность, улучшить **Результаты** в отдаленных сроках.

АНДИЖОН ВИЛОЯТИДА ЯНГИ КОРОНОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ- COVID-19 НИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЎПКАДАГИ УЗГАРИШЛАРНИ АНИҚЛАШНИ АҲАМИЯТИ

Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мақолада Андижон вилояти юқумли касалликлар шифохонасида даволанган 266 та COVID-19 инфекцияси беморлари касаллик тарихи асосида клиник кечиши ва диагностикаси ўрганилган. Беморларда касаллик аксарият холларда ўткир бошланган: тана ҳароратининг кутарилиши, биринчи кунлари юқори бўлмаган истима, касалликни 5-6 кунларидан юқори истима, йутал, энтикиш, ҳид ва там билмаслик, кучли миалгия, лоҳаслик ва тез чарчаш, кукрак қафасида оғирлик сезгиси аниқланган. Этиологик диагностика ПЗР юқори натижа (11,65%) бермаган, аммо компьютер томографиясида кузатилган асоратлар вирусли пневмонияга хос белгилар 90% ортиқ беморларда аниқланган.

Калит сўзлар: коронавирус, COVID-19, пневмония, этиологик диагностика, нур диагностика.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

На основании историй болезни в статье были изучены клиническое течение и диагностика COVID-19 266 больных пролеченных в Андижанской областной инфекционной больнице. Было обнаружено, что у большинства больных болезнь началась остро: с повышения температуры тела, в первые дни болезни температура тела невысокая, начиная с 5-6 дня болезни высокая температура тела, кашель, одышка, отсутствие обоняния и вкуса, выраженная миалгия, слабость и быстрая утомляемость, тяжесть в грудной клетке. Этиологическая ПЦР диагностика не дала высокой результативности (11,65%), но компьютерная томография выявила осложнения больше чем у 93% больных признаки характерные для вирусной пневмонии.



Ключевые слова: коронавирус, COVID-19 , пневмония, этиологическая диагностика, лучевая диагностика.

ИЛК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ЮҚУМЛИ ДИАРЕЯЛАРНИНГ ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Мулладжанова К.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Кириши. Меъда-ичак тизими (МИТ) фаолиятининг бузилишлари болалар ҳаётининг биринчи ойлариданоқ болалар орасида кенг тарқалган муаммолардан бири бўлиб келмоқда. Бундай болаларда МИТ нинг ўзига хос хусусияти меъда хазм тизимидаги ўзгаришларсиз (таркибий аномалиялар, яллиғланиш жараёнлари, инфекциялар ёки ўсмалар) ва метаболик аномалияларсиз клиник белгилари пайдо бўлади. Меъда-ичак тракти функционал бузилиши натижасида ичак ҳаракат фаолияти, овқат ҳазм қилиш ва озиқ-овқат моддаларининг сўрилиши, шунингдек, ичак микробиоценозининг таркиби ва иммун тизимининг фаолияти ўзгариши мумкин.

Тадқиқотнинг мақсади илк ёшдаги болаларда юқумли диареяларнинг даволашда этиотроп ва патогенетик ёндошувдан иборат.

Тадқиқотнинг материали ва усуллари. Андижон вилоят юқумли касалликлар шифохонаси ва Асака юқумли касалликлар бўлимига ётқизилган ўткир диарея билан касалланган 3 ёшгача бўлган 152 нафар болалар олинган.

Кузатувдаги беморлар 2 та катта гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ – секретор диареяли болалар (n=104), 2-гуруҳ - инвазив диареяли болалар (n=48). Шаҳар аҳолисини 52 нафар болалар (34,2%), қишлоқ аҳолиси – 100 нафарни (65,8%) ташкил қилди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Ўткир ичак касалликларининг илк ёшдаги болаларда оғир шакллари кечиши бир қанча асоратларга ва узоқ вақт давомида бактерия ташувчанликка олиб келмоқда. Бунинг сабаблари овқатланишнинг бузилиши, сурункали инфекция ўчоқлари, марказий асаб тизимининг органик шикастланиши, туғма аномалиялар, микробиоценознинг бузилиши касалликни давомийлигини оширади ва ноҳуш асоратлар келиб чиқишида катта аҳамиятга эга. Юқоридагиларни инobatга олган ҳолда диарея билан оғриган беморларни комплекс даволашда пробиотик *Saccharomyces boulardii* + альфа-2b Интерферон препаратларининг самарадорлигини ўрганиб чиқдик.

Даволаш учун 2 та гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ назорат гуруҳи (n=60) нафар болалар базис даволашда, 2-гуруҳ эса даволаш гуруҳи (n=92) мажмуавий даволашда.

Даволаш учун 2 та гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ назорат гуруҳи (n=60) нафар болалар базис даволашда, 2-гуруҳ эса даволаш гуруҳи (n=92) мажмуавий даволашда.

Ўтказилган тадқиқотларнинг олинган натижалари шуни кўрсатдики, А гуруҳ қабул қилган мураккаб терапияси фонида касалликнинг клиник белгилари нафақат диарея, балки



интоксикация синдромлари ҳам назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан сезиларли даражада камайди ($p < 0,001$).

Хулоса. Бизнинг тадқиқотимизда замонавий пробиотиклар, вирусга қарши ва микробларга қарши препаратларни киритиш билан ўткир диареянинг турли патогенетик турларини комплекс даволаш самарадорлигини намойиш этди. Тавсия этилган комплекс даволаш туфайли болалар учун оғриқли парентерал муолажалар сони камайтирилди.

ДИАХАТАР СЎРОВНОМАСИНИ ТЎЛДИРИШ АСОСИДА УГЛЕВОД АЛМАШИНУВИ БУЗИЛИШЛАРИ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 2-ТУРИНИНГ ТАРҚАЛИШНИ БАҲОЛАШ

Мухамедова В.М. – Андижон давлат тиббиёт институти Госпитал терапия ва эндокринология кафедраси ассистенти.

Юсупова Ш.К. Андижон давлат тиббиёт институти Госпитал терапия ва эндокринология кафедраси мудири.

Мавзунинг **Долзарблиги:** Хозирги кунда дунёда 2-тур диабетнинг (ҚД 2) тарқалиши эпидемия даражасига етди. Халқаро диабет федерацияси (ХДФ) экспертларининг маълумотларига кўра, дунёда 537 миллион 20-79 ёш оралиғидаги катталар қандли диабетга чалинган ва уларнинг сони тобора ортиб бормоқда. 541 миллион одамларда эса углевод алмашинуви бузилишлари мавжуд. 2030 йилга келиб 643 миллион ва 2045 йилга келиб 783 миллион 20-79 ёш оралиғидаги кишилар диабет билан яшаши тахмин қилинмоқда [1].

Мақсад: - Андижон вилояти Марҳамат туманида яшовчи аҳоли орасида ДиаХатар сўровномасини тўлдириш асосида углевод алмашинуви бузилишлари ва 2-тур қандли диабет ривожланиши учун юқори хавfli гуруҳларни аниқлаш.

Материаллар ва усуллар: Углевод алмашинуви бузилишлари ва ҚД2-турини скрининг қилиш учун Андижон вилоятининг Марҳамат туманида яшовчи 18 ёшдан ошган 2112 нафар аҳоли текширилди. Барча иштирокчилар ДиаХатар сўровномасини тўлдиришди ва уларда қонда қанд миқдори, глюкозага толерантлик тести ўтказилди.

Олинган натижалар: Тадқиқот давомида 2112 киши текширувдан ўтказилди, уларнинг 1356 нафарида (64,2%) углевод алмашинуви бузилишлари аниқланмади. Қолган 669 (31,6%) одамда углевод метаболизмнинг турли даражадаги бузилиши топилди: 87 (4,1%) нафар одамда илк маротаба 2 тур қандли диабет, 243 та (11,5%) одамда нахорги гликемияни бузилиши (НГБ), 267 та (12,6%) одамда глюкозага толерантлик бузилиши (ГТБ) ва 159 (7,5%) нафарида эса НГБ+ГТБ аниқланди.

Хулоса. ДиаХатар сўровномасидан фаол фойдаланиш аҳоли орасида ҚД2-тури ва углевод алмашинуви бузилишини эрта аниқлаш, касаллик натижасида келиб чикувчи асоратларни олдини олиш ва ўлим хавфини камайтириш имконини беради.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Калит сўзлар: қандли диабет, предиабет, глюкозага толерантлик, нахорги гликемия, ДиаХатар, углевод алмашинуви бузилиши.

Афсуски, углевод алмашинувининг эрта бузилиши (НГБ,ГТБ) билан беморлар шифокор назоратига олинмаганлиги сабабли кўпинча метаболик касалликлар прогрессияси ва ҚД2 га ўтишига олиб келади. ГТБ ташхисдан кейинги биринчи йилда ГТБ билан касалланган беморларнинг 5-10% ҚД2 га айланиши, беш йилда - 20-35% одамларда ва агар НГБ,ГТБ билан бирлаштирилса, ҚД2 38-65% да 5 йилдан кейин ривожланиши аниқланди. Шу билан бирга, углевод алмашинувининг эрта бузилиши деярли рўйхатдан ўтказилмайди ва ушбу гуруҳ беморлари диспансер назоратига қўйилмайди, яъни улар ўз вақтида даволанмайдилар.

Шундай қилиб, Хавф остида бўлган шахсларни ўз вақтида аниқлаш ва улар орасида скринингни ташкил этиш латент 2-тур диабетни аниқлаш, шунингдек, зарур профилактика чораларини кўриш имконини беради. Бунинг учун биз ДиаХатар сўровномасини ишлаб чиқдик.

Материаллар ва усуллар: Скрининг ўтказиш учун Андижон вилояти Мархамат туманида яшовчи 18 ёшдан юқори анамнезида қандли диабет бўлмаган аҳоли олинди. Хар бир текширилувчидан ДиаХатар сўровномаси олинди.

Олинган натижалар ва муҳокама: Сўровномани тўлдириш жараёнида тўпланган баллар сонининг кўпайиши билан углевод алмашинуви бузилган одамларнинг улуши ортанлиги аниқланди 0-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21 ёки ундан кўп.

Тадқиқотимиз натижасида 0-5 оралиғида балл тўплаган гуруҳда УАБ ва 2-тур қандли диабет аниқланмади. 6-10 балл оралиғида УАБнинг турли бузилишлари куйдагича аниқланди ГТБ 0,09 % , НГБ+ГТБ 0,09%, ҚД2-тури 0,05%. Бу кўрсаткичлар 11-15 балл оралиғида балл тўплаганлар орасида НГБ 2,75%, ГТБ 1,04%, НГБ+ГТБ 0,47%, ҚД 2-тури 0,24% ни ташкил қилди. 16-20 балл оралиғида НГБ 5,68%, ГТБ 4,73%, НГБ+ГТБ 3,46 % , ҚД2-тури 1,56% аниқланди. 20 ва ундан юқори балл бўлган гуруҳда кўрсаткичлар энг юқори, НГБ 3,08%, ГТБ 6,77 % , НГБ+ГТБ 3,50 % , ҚД2-тури 2,27% ни ташкил этди.

Диахатар сўровномасида тўплаган балларга кўра Углевод алмашинуви бузилиши, Қандли диабет 2-тури ва соғлом гуруҳлар нисбати .

Бундан кўришиб турибдики сўровномада йиғилган баллар сони ортиши билан УАБ турли даражалари ва ҚД 2-турини янги аниқланиши ортиб борди.

Хулоса: Ўрганилаётган аҳоли учун ДиаХатар сўровномаси ишончли воситадир бу 10 йиллик диабет ривожланиши учун хавф гуруҳини аниқлаш имконини беради. Сўровномани тўлдириш орқали тўпланган баллар миқдорининг кўпайиши билан нафақат 2-тур қандли диабет ва углевод алмашинувининг дастлабки бузилишларини аниқлаш имкони ортади балки, юрак-қон томир касалликлари хавфини ҳам аниқлаш имкони ортади.



ЖАНУБИЙ ОРАЛ БУЙИ ЭКОЛОГИК МИНТАКАСИ ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИГА ОВҚАТЛАНИШНИНГ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Назаров К.Д.

. Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзарблиги: Боланинг бўйи узунлиги унинг жисмоний ривожланишини аниқловчи асосий кўрсаткич ҳисобланади. Боланинг кейинги ривожланишида бўйининг ўзгаришларига қараб боланинг ривожланиш ҳолатини аниқлаш мумкин. Бола тўғри ўсиши учун унга тўғри ва рационал овқатланиши, керакли микдорда витамин ва минераллар билан таъминланиши, етарли уйку ва дойимий жисмоний машқлар зарурдир. Бола ўсишда орқада қолишига ҳар хил сурункали касалликлар жумладан камконлик ҳолати таъсир килиши олимлар тарафидан далилланган. Бу ҳолатта усаётган организмга зарур бўлган айрим микроэлементларнинг айниқса Fe моддасининг етишмовчилиги суюқ системасининг такомилланишида мураккаб регуляр жараёнига таъсир килувчи биологик актив моддаларнинг (гормонлар, витаминлар, ферментлар) дисбалансига сабаб бўлади. Болаларнинг овқатланишини гигиеник талабларга, айниқса экологик жиҳатдан ноқулай минтакаларда тўғри ташкил килиш алоҳида аҳамиятга эга, чунки бола организми морфофункционал етилмаганлиги сабабли турли хил экологик омилларга ортикча сезувчанлиги билан ажралиб туради. Бу ҳолатни Хоразм вилояти шароитида урганиш долзарб муаммолардан ҳисобланади.

Мақсади: Хоразм вилояти шароитида мактаб ёшидаги болаларнинг жисмоний ривожланишига овқатланишининг таъсирини ўрганиш ва баҳо бериш.

Материал текшириш усуллари: Текширув Урганч шаҳри поликлиникаларида 2009-2013 йиллари туғилган 157 нафар мактаб ёшидаги болалар олинди. Уларнинг бўйи ўзгаришларини туғилганидаги, туғилгандан кейинги ва 2021 йилгача ҳар йили динамик ҳолатта ўлчамлари олинди.

Натижа: Кузатишлар натижасига кўра текширилган болаларнинг бўйи кўрсаткичи бола туғилган пайтида ҳаммасида ўртача 51 см бўлган; болаларнинг 1 ёшидаги Нв кўрсаткичи ўртача 105г/л бўлган болаларда бўйи ўртача 73см яни ёшига тўғри келиши. Кейинги кузатувларда камконликнинг ўрта ва оғир даражаси қайд қилинган болаларда яъни Нв 100г/л дан кам бўлган болаларда 4 ёшида бўйи 98,5 см; 7ёшда бўйи 120 см; 12 ёшидаги Нв 96 г/л ва ундан кам кўрсаткичларда бўйининг ўсиши 146 см, яъни ёшига нисбатан камлиги кузатилди.

Хулоса: Текширилган болаларнинг бўйи ўсишининг орқада қолиши камқонлик даражасига боғлиқлиги аниқланди. Камқонлик даражаси юқори бўлган сари бўйининг узунлигининг йилдан йилга пасайиши кузатилди.



АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИ ФАРҒОНА ВОДЎСИНИНГ ЎЗГАРУВЧАН ВА КЕСКИН КОНТИНЕНТАЛ ИҚЛИМИЙ ШАРОИТИДА АЛОХИДА ХУСУСИЯТЛАРИ

НИШОНОВА Н.А., МАМАСОЛИЕВ Н.С., УСМОНОВ Б.У., КАЛАНДАРОВ Д.М.

АндДавТИ ва РШТЎИМ АФ

Илмий манбалар таҳлилидан маълум бўладики ёки **Хулоса** қилиш мумкинки, катта ёшдаги аҳоли орасида артериал гипотензия (АрГ) муаммоси артериал гипертензияга етиб даража билан ўткирлашган ва шунга қарамасдан унинг эпидемиологияси деярли ўрганилмаган. Мавжуд эпидемиологик натижаларни Ўзбекистонга тавсия этиб бўлмайди ёки улардан, биринчидан, фойдаланиш имконияти чегараланган ва иккинчидан, улар ушбу хасталикка оид чин эпидемиологик вазиятни кўрсатолмайди.

Эпидемиологияни мажбурий “олтин қоидасига” амал қилиб скринингли текширувни амалга ошириш ва АрГ нинг замонавий даволаш-профилактика тизимини такомиллаштириш долзарб илмий ва амалий муаммо бўлиб ҳисобланади.

Артериал гипотонияни ўзгарувчан ва кескин континентал иқлимий шароитда яшовчи аҳоли орасида ўрганишга бағишланган тадқиқотлар санокли даражада оз.

Шундан келиб чиқиб ушбу тадқиқотнинг мақсади – АрГ ни кескин континентал иқлимий шароитда эпидемиологик хусусиятларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материали ва усуллари. Махсус эпидемиологик текширув ташкил этилиб Андижоннинг > 15-70 ёшли 603 та репрезентатив уюшмаган аҳолиси (323 нафари аёллар ва 280 нафари - эркеклар) стандартизацияланган сўровномали, инструментал ва биохимик усуллар қўлланилиб текширилди (WHO, 2000). Олинган натижаларни статистик таҳлили 6.0 версияли Statistica дастурлари бўйича амалга оширилди.

Натижалар ва **Хулосалар.** > 15-70 ёшли уюшмаган Андижон аҳолисида АрГ ни тарқалиш даражаси 11,4% ни ташкил қилади (эркекларда – 9,1% ва аёлларда – 13,0%, $P > 0,05$). Ёшга боғлиқ холда унинг тарқалиши 4,1 баробаргача етиб ортади ($P < 0,001$). Нисбатан кўп тарқалиш билан патологик АрГ (9,8%), кардиоаритмик АрГ (7,6%), сурункали АрГ (7,5%) ва бирламчи АрГ (7,0%) аниқланади. Уларга нисбатан 5,4 баробаргача кам бўлиб медикаментозли АрГ (2,3%), ортостатик АрГ (3,5%), ўткир АрГ (4,0%), нейрокардиал АрГ (6,6%) ва постпрандиал АрГ (5,3%) қайд қилинади.

Демак, замонавий популяцияда АрГ ни учраши кўпайган ва бугунги эпидемиологик натижаларга асосланиб унга оид амалиётлар ташкил этилса мақсадга мувофиқ бўлади.



ФЕРМЕРЛИК БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ ПОПУЛЯЦИЯДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ КОМОРБИДЛИК ТАРКАЛИШИ ВА ЁШГА БОҒЛИҚ ЖИХАТЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Каландаров М., Усонов Б.У.

Андижон давлат тиббиёт институти

Масалани дорзарблиги. 40 ёшдан ўтган аҳолининг 20–25% АГ аниқланмоқда ва охириги 5 йилда унинг тарқалиш частотаси Ўзбекистонда кўпайган. Юқори технологияли тиббий ёрдам кўрсатиш тизими яратилганлигига қарамасдан, АГнинг аниқланиш суръатлари ортиб бормоқда, шунинг учун эпидемиологик тадқиқотлар натижаларига “занжирланган” АГ профилактикаси тадбирларини ишлаб чиқиш талаби дунё кўламида қўйилмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади – фермерлик билан шуғулланувчи популяцияда артериал гипертонияни коморбидлик тарқалиши ва ёшга боғлиқ жихатлари ўрганиш ва баҳоладан иборат бўлди.

Тадқиқот материали ва усуллари. Фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳолининг репрезентатив гуруҳида (2182 та) эпидемиологик тадқиқот бажарилди: $\geq 18 - 70$ ёшли аёллар 1113 та (50,5%) ва эркаклар 1069 та (49,5%). ЕАГ, ЎОАГ ва ОАГ Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсиялари (2020), Россия (2020) ва Европа (ESC, 2020) мезонлари қўлланилиб аниқланди ва баҳоланди.

Тадқиқот натижалари ва мушоҳидаси. Фермерлик иши билан шуғулланувчи аҳолида АГнинг коморбидлик таъсирида келиб чиқиши кечининг эпидемиологик жихатлари ҳам илк бора тадқиқотда ўрганилди.

Маълум бўлди-ки, ушбу аҳолида, $\geq 18-70$ ёшли фермерлик билан шуғулланувчиларда, коморбидлик 28,3% тарқалиш частотаси билан аниқланади. Ёшга боғлиқ ҳолда 27,0%га кўпайиб тасдиқланди ва у барча ёш гуруҳлари, аёллар (57,1%) ва эркаклар (42,9%) учун хосдир.

Коморбидлик 9та АГ хавфини оширувчи хатар омиллари ичида, патоген таъсири кучлилиги бўйича, 1-чи ўринни эгаллайди ($RR = 3,86$; 95% ИИ = (2,82 - 5,28); $\chi^2=504,83$; $P<0,05$), кейинги ўринда қуйидагилар туради: ОТВ ($\chi^2=343,35$; $P<0,05$), гиподинамия ($\chi^2=276,66$; $P<0,15$), ортиқча туз истеъмоли ($\chi^2=157,47$; $P<0,05$), дори воситалари омили ($\chi^2=69,19$; $P<0,05$), тамаки чекиш ($\chi^2=89,97$; $P<0,05$), ирсий мойиллик ($\chi^2=13,32$; $P<0,05$) ва алкоголь истеъмоли ($\chi^2=2,12$; $P<0,145$).

Фб ШПда АГ учун коморбидлик фони ҳосил қилиб ассоциацияланувчи касалликлар бўлиб, қандли диабет 2- тури [$r_{++}=0,38$; $P<0,05$], СТК ($r_{++}=0,28$; $P<0,05$), ДЛП ($r_{++}=0,31$; $P<0,05$), кардиоаритмият [$r_{++}=0,02$; $P>0,05$] ва ошқазон - ичак тракти касалликлари [$r_{++}=0,10$; $P>0,05$] ҳисобланади.

Шундай боғлиқлик хусусиятлари ЕАГ, ЎОАГ ва ОАГ билан популяцияда ҳам яққол ҳамда сезиларли бўлиб кузатилади. Айниқса ОАГда, СТК мисолида, буни қуйидагича шарҳлаб кўрсатиш мумкин бўлади: 1) $\geq 18 - 70$ ёшли Фб ШПда ОАГСТКа аниқланиш частотаси 26,7



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



%ни ташкил қилади (эркакларда – 18,2% ва аёлларда – 50,0%); 2) ўта боғлиқ бўлиб ОАГСТА нинг аниқланиш частотаси 33,0%га ортади.

Илмий тадқиқот натижаларига қиёсланиб, ушбу маълумотлар баҳоланишидан маълумки, АГ хатар омиллари аҳоли орасида барвақт аниқлаш ва олдини олиш соғлиқни сақлашнинг, барча давлатларда, асосий стратегик йўналишларидан бири ҳисобланади [24;48;58].

Айниқса нолипид ХОга энг кўп эътибор қаратилгани ва унинг ЮҚГа, жумладан, АГга алоқадор “патоген эпидемиологик шароитларини” яратишда катта ҳисса қўшганлиги барча йирик тадқиқотларда, бизнинг маълумотларимиздек, тасдиқланди [8;40;48;62]. Шунинг учун ҳам ушбу тадқиқотда айнан шундай йўналишда олинган натижалар, шубҳасиз, эътиборни тортади ва ёки илмий – амалий аҳамият касб этади.

Тадқиқотда яна исботланди-ки, липид алмашинуви бузилишлари (ГХС, ГТГ) – ДЛП, АГнинг етакчи омиллари бўлиб ҳисобланади ва бошқа тадқиқотлар натижаларига яқин келиб, уларни тасдиқлайди [3;121;141]. Чунончи, $\geq 18-70$ ёшли ФБ ШПда ДЛПнинг АГга ассоцирланиб аниқланиш частотаси қуйидагича тасдиқланади: 1) ДЛПа АГ1 – 35,0% билан (эркакларда – 37,5% ва аёлларда – 31,4%дан); ДЛПа АГ2 – 37,5% бўлиб) (эркакларда – 47,0% ва 28,6%дан); 3) ДЛПа АГ3 – 26,7% билан (эркакларда – 18,2% ва аёлларда 50,0%дан).

Аритмик коморбидлик ҳолати АГда – 9,8 % (ЕАГда), 18,1% (ЎОАГда) ва 13,3% (ОАГда) даражаларда аниқланиш частотаси билан тасдиқланади. бундай коморбидлик ҳолати аёлларда сезиларли даражада (15,9% фарқ билан) эркакларга қараганда юқорилиги диққатни жалб қилади.

Тадқиқотда фермерлик билан шуғулланувчи аҳоли популяциясида АГга ҳазм аъзолари касалликлари сезиларли бўлиб юқори частоталарда қўшилишининг юқорилиги тасдиқланди. Хусусан, ЕАга ХАК- 10,7% (эркакларда – 7,0% ва аёлларда – 15,7%дан), ЎОАга ХАК – 22,4% (эркакларда – 21,2% ва аёлларда – 24,0%дан) ва ОАга ХАК – 40,0% (эркакларда – 27,3% ва аёлларда – 75,0%дан) аниқланиш частотаси билан тасдиқланди.

Бундай хос коморбидликнинг аёл ва эркакларга қараганда 3 баробар кўп кузатилиши ва энг кўп 31-49 ёшлиларда тасдиқланиши эътиборни жалб қилади, яъни бу хос жиҳатлар АГ профилактикасида, сўзсиз, эътиборга олиниши керак бўлади.

Хулоса. Тадқиқот натижаларига кўра, фермерлик билан шуғулланувчи аҳоли популяциясида артериал гипертензия келиб чиқишининг математик модели яратилди. Чунки ФБ ШПда АГ «конструкциясини» яратиш ва уни олдиндан келиб чиқишини прогнозлаш амалиётини такомиллаштириш тадқиқотнинг якуний вазифаларидан бири қилиб белгиланган эди. Фермерлик билан шуғулланувчи аҳолида артериал гипертензия келиб чиқиш хавфининг математик моделидан келиб чиқади-ки, ушбу популяцияда АГга сезиларли ҳиссаси билан негатив таъсирини ўтказадиган 16 та хатар омиллари тасдиқланади.



САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ МЕҲНАТ МИГРАНТЛАРИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Қобилов Нодир Нуриддинович

Самарқанд Давлат тиббиёт унверситети, Самарқанд, Ўзбекистон

Ҳозирги замон тиббиёти ва соғлиқни сақлаш тизимининг энг долзарб муаммоларидан бири бўлган ОИВ-инфекцияси дуёнинг барча давлатларида кенг тарқалганлиги билан ажралиб туради. Ўзбекистонда 01.01.2022 йил ҳолатига ОИВ билан билан яшовчилар сони (оператив маълумот) 45496 тани ташкил этмоқда. Ушбу инфекциянинг эрта диагностикаси бугунги кунда ҳам ўта долзарб ҳисобланади.

Ишнинг мақсади: Самарқанд вилоятида ОИВ-инфекциясининг меҳнат мигрантлари орасида тарқалишининг эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллар: Самарқанд вилояти ОИТСга қарши кураш маркази 2020-2021 йил расмий ҳисоботлари. Ушбу илмий ишни бажаришда эпидемиологик ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари: Миграция жараёнлари аҳоли орасида ОИВ-инфекциясининг тарқалишига ўз таъсирини кўрсатмоқда. Касаллик турли аҳоли ёшдаги, айниқса навқирон 20-49 ёшлар ўртасида кўплаб кузатилиши билан аҳамиятлидир. Меҳнат мигрантлари орасида ОИВ-инфекцияси билан касалланиш 2020 йида 27 нафар; шундан эркаклар 21, аёллар эса 6 ҳолатда кузатилган ва бу ҳолат 2021 йида келиб 40 нафарни, шундан эркакларда 31 ва аёлларда 9 ташкил топган. Мигрантлар орасида юқиш йўлларига эътибор қаратадиган бўлсак, жинсий йўл билан юқиш 2020 йилда- 25 нафарни, 2021 йил – 32 нафарни, наркотик моддаларни қон томири орқали истеъмол қилиш вақтида парентерал йўл билан 2020 - 2021 йилларда -1 нафардан, касалликнинг юқиш йўлга аниқлик киртишнинг имкони бўлмаган 2020 йил 1 нафар 2021 йил 2 нафар ҳолатни ташкил этади. 2021-йилда 5 нафар мигрантлар орасида эпидемиологик сриштурув олиб борилмоқда.

Хулоса: Юқорида келтирилган маълумотларга асосан ОИВ-инфекция-сининг меҳнат мигрантлари ва уларнинг оила аъзолари ўртасида кузатилиш ҳолатлари эпидемиологияси ва профилактикаси ҳали тўлиқ ўрганилмаганлигини эътиборга олиб, ушбу муаммони янада чуқурроқ ўрганиш керак эканлигини тақазо этади.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА ЯШОВЧИ ТАБИИЙ ВА СУНЪИЙ ОВҚАТЛАНИШДА БЎЛГАН КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА АНТРОПОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРНИ ТАХЛИЛИ

Нуржанов Б.Б., Юлдашев Б.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ёш болаларни овқатлантириш муаммосида педиатрлар, диетологлар, сиёсатчилар ва соғлиқни сақлаш ташкилотчиларининг фикрлари инobatга олиниб ҳар куни бирламчи тиббий ёрдам педиатрлари, соғлиқни сақлаш ходимларининг ишончи ва улар томонидан ечилиши муаммони тўғри тушуниши вазиятни тубдан ўзгартиришга ёрдам беради.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Тадқиқотнинг мақсади болаларнинг гўдаклик даврида сунъий ва табиий озиқлантириш билан боғлиқ холдаги антропометрик кўрсаткичларини ўрганиш, баҳолаш ва қиёсий таххислашдан иборат бўлиб, қўйилган мақсадга эришиш учун антропометрик ва статистик тахлил усулларидадан фойдаланилди.

Материаллар ва усуллар. Илмий ишга таъллуқли бир ёшгача бўлган болаларнинг барчаси сунъий ва табиий озиқланишда антропометрик ўлчамлари, бўй узунлиги, вазни, бош ва кўкрак қафаси айланаси, оёқ баландлиги, қўл ва оёқ узунлигидаги ўзгаришларни аниқлашда Хоразм вилоятининг Урганч шаҳрида жойлашган 1-сон оилавий поликлиникаси ҳамда Хазорасп туманининг 38-сон оилавий поликлиникасида рўйхатдан ўтган муддатида туғилган, жисмоний ва ақлий соғлом бўлган, текширув ўтказилган пайтида сурункали ёки ўткир касаллиги бўлмаган 1 ёшгача бўлган соғлом болалар анамнестик, статистик ва антропометрик текширувлардан ўтказилди.

Олинган натижалар. Олиб борилган илмий иш натижаларига кўра, 1 ёшгача бўлган табиий озуқа билан озиқланган Урганч шаҳрида яшовчи болаларнинг антропометрик ўлчамлари ўлчаб кўрилганда, бош айланаси ўртача 37,84 см, кўкрак айланаси ўртача 37,48 см, тана узунлиги ўртача 53,39 см, ўнг оёқ баландлиги ўртача 22 см, чап оёқ баландлиги ўртача 22 см, ўнг сон узунлиги ўртача 10 см, чап сон узунлиги ўртача 10 см, 1 ёшгача бўлган сунъий озуқа билан озиқланган Урганч шаҳрида яшовчи болаларнинг антропометрик ўлчамлари ўлчаб кўрилганда, бош айланаси ўртача 38,84 см, кўкрак айланаси ўртача 38,58 см, тана узунлиги ўртача 55,39 см, ўнг оёқ баландлиги ўртача 20 см, чап оёқ баландлиги ўртача 20 см, ўнг сон узунлиги ўртача 8 см, чап сон узунлиги ўртача 8 см эканлиги кўзатилди. Шунингдек, 1 ёшгача бўлган табиий озуқа билан озиқланган Хазорасп туманида яшовчи болаларнинг антропометрик ўлчамлари ўлчаб кўрилганда, бош айланаси ўртача 37,84 см, кўкрак айланаси ўртача 39,48 см, тана узунлиги ўртача 53,39 см, ўнг оёқ баландлиги ўртача 22 см, чап оёқ баландлиги ўртача 22 см, ўнг сон узунлиги ўртача 9 см, чап сон узунлиги ўртача 9 см, 1 ёшгача бўлган сунъий озуқа билан озиқланган Хазорасп туманида яшовчи болаларнинг антропометрик ўлчамлари ўлчаб кўрилганда, бош айланаси ўртача 40,4 см, кўкрак айланаси ўртача 41 см, тана узунлиги ўртача 53,6 см, ўнг оёқ баландлиги ўртача 20 см, чап оёқ баландлиги ўртача 20 см, ўнг сон узунлиги ўртача 8 см, чап сон узунлиги ўртача 8 смни ташкил қилди.

Хулоса. Табиий озуқа билан озиқланган гўдакликнинг II ва III даврида антропометрик кўрсаткичлар тана тузилиши тўғри, ақли ва саволларга аниқ, равон жавоб бериши, антропометрик ўлчамлари нормада эканлиги, таянч-ҳаркат тизимида бирон бир нуқсон аниқланманган бўлсада, сунъий озуқа билан озиқланган болаларда эса тана узунлиги ва тана ғирлиги орқада қолганлиги аниқланди. Болалик даврида сунъий озуқа билан озиқланган гўдакликнинг II ва III давридаги соғлом болаларда антропометрик кўрсаткичлар ўсиш жараёни, яъни уларнинг антропометрик ўлчамлари табиий озуқа билан озиқланган болаларнинг антропометрик ўлчамларига қараганда бироз орқада қолганлиги аниқланди..



ТРАНСПОРТДАН БАХТСИЗ ҲОДИСАЛАР

Жуманиёзов К.Й., Жуманиёзова Г.С., Олимова М.М
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Транспорт ҳалокатларидан ҳар йили дунёда 1,35 миллионга яқин одамлар бевақт ҳаётдан кўз юмади, шунингдек 50 миллиондан ортиқ киши жароҳат оладилар. Жароҳатланиш, ногиронлик ва ўлимдан ташқари автоҳалокатлар мамлакатларнинг иқтисодиётига ҳам сезларли зарар келтириб, йилига бу 65 дан 100 миллиард долларни ташкил қилади. Кўпчилик мамлакатларда ушбу миқдор ялпи ички маҳсулотдан келадиган даромаднинг 3% ини ташкил этади. Дунёда автоҳалокатлардан ўлимнинг тахминан тўртдан уч қисми (73%) 25 ёшгача бўлган эркаларга тўғри келиб, аёлларга нисбатан диарли 3 баробарга юқори.

Тадқиқот мақсади: 2018 йилда Хоразм вилоятида транспорт ҳодисалари туфайли юзага келадиган бахтсиз ҳодисаларни чуқур ўрганишдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар: Ўрганишлар вилоят соғлиқни сақлаш бошқармаси статистика бўлимидан 2018 йил давомида транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисалар бўйича олинган маълумотларга мувофиқ, вилоят туманлари бўйича транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисаларни таҳлил қилишдан иборат бўлди. Маълумотларни статистик таҳлил қилишда тиббий-гигиеник ва санитария-статистик усуллардан кенг фойдаланилади.

2018 йилда эса Хоразм вилояти бўйича транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисалар мутлоқ сонда 2213 нафарни (100%), 2018 йилги вилоят аҳолисига (1805000 нафар) нисбатан эса 0,1%ни ташкил қилган. Урганч шаҳрида эса бу кўрсаткич 816 нафарни ташкил қилган ва у жами транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисаларга (2213 нафар) нисбатан 36,9%га тенглиги аниқланган ва 2018 йилги Урганч шаҳри аҳолисига (140200 нафар) нисбатан эса 0,6%га тенг бўлган. Боғот туманида бу кўрсаткич 305 нафарни ташкил қилган ва у жами транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисалар нисбатан 13,8%га тенглиги аниқланган ва 2018 йилги Боғот тумани аҳолисига (158100 нафар) нисбатан эса 0,2%га тенг бўлган. Гурлан туманида бу кўрсаткич 134 нафарни ташкил қилган ва у жами транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисалар нисбатан 6,1%га тенглиги аниқланган ва 2018 йилги Гурлан тумани аҳолисига (143200 нафар) нисбатан эса 0,1%ни ташкил этган. Қўшкўпир туманида бу кўрсаткич 91 нафарни ташкил қилган ва у жами транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисалар нисбатан 4,1%га тенглиги аниқланган ва 2018 йилги Қўшкўпир тумани аҳолисига (165600 нафар) нисбатан эса 0,05%ни ташкил этган. Урганч туманида бу кўрсаткич 82 нафарни ташкил қилган ва у жами транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисалар нисбатан 3,7%га тенглиги аниқланган ва 2018 йилги Урганч тумани аҳолисига (190100 нафар) нисбатан эса 0,04%ни ташкил этган. Хазарасп+Тупроққалъа туманида бу кўрсаткич 226 нафарни ташкил қилган ва у жами транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисалар нисбатан 10,2%га тенглиги аниқланган ва 2018 йилги Хазарасп+Тупроққалъа тумани аҳолисига (239400 нафар) нисбатан эса 0,1%ни ташкил этган. Хонқа туманида бу



кўрсаткич 123 нафарни ташкил қилган ва у жами транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисалар нисбатан 5,6%га тенглиги аниқланган ва 2018 йилги Хонқа тумани аҳолисига (179700 нафар) нисбатан эса 0,07%ни ташкил этган. Хива туманида бу кўрсаткич 206 нафарни ташкил қилган ва у жами транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисалар нисбатан 9,3%га тенглиги аниқланган ва 2018 йилги Хива тумани аҳолисига (229200 нафар) нисбатан эса 0,05%ни ташкил этган. Шовот туманида бу кўрсаткич 161 нафарни ташкил қилган ва у жами транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисалар нисбатан 7,3%га тенглиги аниқланган ва 2018 йилги Шовот тумани аҳолисига (163400 нафар) нисбатан эса 0,09%ни ташкил этган. Янгиариқ туманида бу кўрсаткич 40 нафарни ташкил қилган ва у жами транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисалар нисбатан 1,7%га тенглиги аниқланган ва 2018 йилги Янгиариқ тумани аҳолисига (111900 нафар) нисбатан эса 0,1%ни ташкил этган. Янгибозор туманида бу кўрсаткич 29 нафарни ташкил қилган ва у жами транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисалар нисбатан 1,3%га тенглиги аниқланган ва 2018 йилги Янгибозор тумани аҳолисига (82800) нафар нисбатан эса 0,03%ни ташкил этган.

Хулоса қилиб таъкидлаш мумкинки 2018 йилларда Урганч шаҳрида транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисалар 36,9%га тенглиги аниқланган, 2018 йилда Урганч шаҳри аҳолисига (140200 нафар) нисбатан эса 0,6%га учраган бўлса, Янгибозор туманида 2018 йилларда транспорт билан боғлиқ бахтсиз ҳодисалар мос равишда 1,3%ни ва 2018 йилда Янгибозор тумани аҳолисига (82800) нафар нисбатан эса 0,03%ни учраган.

БОЛАЛАРНИ ТАБИИЙ ҲАМДА ҚЎШИМЧА ОВҚАТЛАНТИРИШНИНГ ЎЗИГА ХОС АҲАМИЯТИ

Атажанов Х.П., Оллаберганова Ш.М.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Болаларни тўғри овқатлантириш - жуда масъулиятли вазифа ҳисобланади. Ҳаётининг дастлабки даврида болага она сути зарур, фақат она сутигина уни барча фойдали моддалар билан таъминлашга ва келажакда турли касалликлардан ҳимоя қилишга қодир. Она сутида углеводлар кўп. Улар таркибига сутни нормал ҳазм бўлишига ёрдам берувчи алоҳида моддалар (В-лактоза) киради. Унинг таркибидаги витаминлар ва минерал тузлар ўсувчи организм талабини тўлиқ қондиради. Унда кальций ва фосфор яхши нисбатда бўлади, шунинг учун кўкрак сути эмган болалар рахит хасталиги билан кам касалланади. Аёл сутида тузлар, темир моддаси, мис, рух, кобальт ва қон ишлаб чиқариш жараёнига таъсир қилувчи бошқа микро элементлар етарли миқдорда бўлади. Бунинг натижасида кўкрак сути эмган болаларда сунъий овқат бериладиган болаларга қараганда камқонлик касалиги кам учрайди. Она сути - гўдакнинг ҳаёти ва соғлиғини таъминлашга, бола организмни эрта аллергия ривожланишидан, дисбактериозлардан, инфекциялардан ҳимоялашга, турли касалликларнинг олдини олишга қодир.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Эмизиш боланинг биологик ривожланишида асосий бўғин ҳисобланиб, чақалоқ ва она ўртасида боғлиқликни таъминлайди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг тавсияларига кўра, қўшимча овқат эмизикли болага 6 ойликда, сунъий овқатлантириладиган болага 4-5 ойликда берилади.

Болаларга ярим ёшга яқинлашганда шундай вақт келадики, фақат кўкрак сутининг ёки сунъий озуканинг ўзи етарли бўлмай қолади, қўшимча қувватга, витамин ва минерал моддаларга бўлган эҳтиёж ортади.

Қўшимча овқат беришни бир таркибли пюрелардан, болалар учун сабзавот пюреларидан, битта компонент, яъни сабзавот ёки мевадан иборат пюрелардан, шуниндек бир хилдаги бошоқли дондан иборат шакарсиз сутсиз бўтқадан бошлаган маъқул.

Қўшимча овқат беришни тўғри ва тартибли амалга ошириш учун болани берилган овқатнинг ҳаммасини ейишга мажбур қилмаслик керак. Биринчи марта қўшимча овқат беришдан асосий мақсад - қорнини тўйғизиш эмас, балки янги овқат билан таништириш.

Қўшимча овқат болага эмизишдан ёки аралашмадан олдин бериш мақсадга мувофиқ. Биринчи марта қўшимча овқат бериш 5 граммдан бошланиб, 3-4 ҳафта ичида қўшимча овқат миқдори 150 граммгача етказилиши мумкин.

Озиқ-овқат маҳсулотларини бола рационига маълум кетма-кетликда киритиш зарур. Янги озиқ-овқат маҳсулотларини киритиш ўртасидаги оралиқ вақт 7 кундан 10 кунгача бўлиши керак.

ХОМИЛА ИЧИ ПНЕВМОНИЯСИ БИЛАН ТУҒУЛИБ ВАФОТ ЭТГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА БУЙРАК УСТИ БЕЗИДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

**Пирматов.С.В., Жуманов.З.Э.
Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети**

Мавзунинг **Долзарблиги.** Бугунги кунда перенатал патологиялар ичида хомила ичи пневмонияси етакчи ўринда туради. Эртачи неонатал даврнинг биринчи кунларида болалар ўлимнинг бевосита сабаблари 70-80% ҳолларда турли этиологияси нафас тизим фаолиятининг бузулиши бўлиб қолмоқда. адабиётларда келтирилган маълумотларда кўра янги туғулган чақалоқлар ўлимнинг асосий сабаби нафас олиш тизимининг бузилиши ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади. Хомила ичи пневмонияси билан туғулиб вафот этган чақалоқлар. Буйрак усти безининг морфологик ўзгаришларини аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Хомила ичи пневмонияси билан туғулиб вафот этган 20 нафар (шулардан 6 нафари қиз жинсли 14 нафари ўғил жинсига мансуб танасининг ўртача оғирлиги 1000-1500 гр танасининг узунлиги 27-38см чақалоқлар мурдасида буйрак усти безлари олинди олинган бўлақлардан парафинли блоklar



таййорланди, блоклардан 0,5 -0,7 мм қалинликда кесмалар олиниб гемотоксилин эозинда бўялди.

Тадқиқот натижалари. Хомила ичи пневмонияси билан туғулган чақалоқлар буйрак усти беши микроскопик текширув ўтказилганда қон томирларида тўлақонлик, тарқоқ диапедез қон қуйилишлар, оралиқ тўқимасининг шишиниши, пўстлоқ ва мағиз қавати ўртасидаги чегаранинг ноаниқлиги қайд этилади. Буйрак усти беши пўстлоқ қисми ташқи қавати бириктирувчи толалари шишинган ички қават толаларида шишиниш суст ривожланганлиги аниқланади. Пўстлоқ қисми капсуласининг остидаги майда эпителиал хужайралар пролиферацияси яққол кўзга ташланади, жумладан эпителиал тасмаси сийраклашганлиги аниқланади. Кўрув майдонида коптокча танасининг майда хажмли эндокриноцитлар ва липоцитлар миқдорининг камайиш ҳолати намоён бўлади. Мағиз қисми оралиқ тўқима шишинган, хужайраларида дистрофик ва некробиотик ўзгаришлар аниқланади. Шу жумладан ядроларида пикнотик ўзгаришлар қайд этилади. Цитоплазмасида шишиниш ва майда вакуолалар борлиги кузатилади. Хомила ичи пневмонияси билан туғилиб, 7 кундан ортиқ яшаган чақалоқлар буйрак усти бешидаги пўстлоқ ва мағиз қисми хужайраларида кариолизис ва цитолизис ҳолати қайд этилади.

Хулоса. Хомила ичи пневмонияси билан туғулган чақалоқлардаги буйрак усти бешида морфологик ўзгаришлар гипоксик ҳарактерда бўлиб ортга қайтар жараён ҳисобланади. Шундан келиб чиқиб айтиш мумкинки буйрак усти беши хужайралари кислород очлигига ута сезгир бўлиб даволаш тадбирларида алоҳида инobatга олиниши лозим.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ТАЪСИРИДА РИВОЖЛАНГАН АВЛОД НАЙСИМОН СУЯКЛАРИ ЎСИШ ЗОНАСИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Примова Г. А.

Тошкент Педиатрия тиббиёт институти

Бутун жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотига кўра дунё аҳолисининг 100 млн.дан ортиғида қандли диабет (ҚД) қайд этилган бўлиб, бу касаллик инсон организмнинг чуқур ўзгаришлари билан кечади. Касалликнинг асоратлари сифатида узоқ муддат мобайнида беморлар организмда периферик микроциркуляция ва иннервациянинг бузилишлари кузатилади. Айниса ошқозон ости беши гармонларининг бутун организмга таъсири, хусусан ўсаётган организм қон-томирлари деворларининг шаклланиши, ёшга караб дифференциаллашув динамикасига бевосита таъсир этиши барчамизга маълум. ҚДнинг ретинопатия, нефропатия ҳамда оёк панжасининг некротик ўзгаришлари каби оғир асоратлари кўп учрайди. Шу билан бир қаторда таянч-ҳаракат тизимининг тараққий эти-ши ва ўсиб ривожланишида эндокрин безларнинг хусусан меъда ости безининг эндокрин қисми фун-кционал ҳолати ҳам муҳим ўрин тутади.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Мақсад. Постнатал онтогенез босқичларида экспериментал қандли диабет таъсирида ривожланган авлод найсимон суякларининг ўсиш зоналари ва ривожланиш динамикасини морфологик ва морфометрик ўрганиш.

Материал ва услублар. Тадқиқод учун оғирлиги 200-250 гр 25 та етук оқ лабаратор каламушлари танлаб олинди ва уларда аллоксан ёрдамида қандли диабет чақирилди. Тадқиқот текширувлари экспериментал қандли диабет чақирилган каламушлар авлодларида олиб борилди. Морфологик тадқиқот материаллари учун ёш каламушларнинг 7-14-21-30-45 кунларида олдинги ва орқа оёқларининг узун найсимон суяклари ажратиб олинди, уларнинг ўсиш компонентлари морфологик ва морфометрик тадқиқ қилинди.

Натижалар. Морфологик ва морфометрик текширувлар натижалари шуни кўрсатдики, она организмидаги ЭҚД ҳомила суяклари ўсиш механизмида ўзгаришлар келтириб чиқаради ва бунинг натижасида морфологик тузилиши ўзгаради. Айниқса, ўзгариш узун найсимон суяклар ўсиш зоналарида бўлади.

Маълумки, метаэпифизар тоғай суякнинг ўсиш даври мобайнида сакланиб туради, ҳамда унда репродукция ва хужайраларнинг дифференциаллашув жараёнлари, био-синтез ва асосий хужайралараро модданинг минераллашуви интенсификация кечади. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, аллоксан диабет чақирилган оналар ҳомиладорлиги ва эмизгиш даврида диабетнинг таъсири авлодларида найсимон суяклар ўсиш механизмининг ўзгаришларига олиб келади. Қандли диабетнинг асосий салбий таъсири узун найсимон суякларнинг тоғай тўқимасида намоён бўлади.

Хулоса. Экспериментал қандли диабет чақирилган кала-мушлардан туғилган жониворларда бирламчи ғовак трабекулалари узунлиги қисқариши ва ундаги остеоб-ластлар сони камайиши аниқланди. Энг кўп ўзгариш сезиларли юққалашган пролиферацияланган тоғай зонасида бўлиб, унда хужайралар сони камаяди. Тоғайнинг типик суяк устунчаларига дифференциаллашув жараёни кескин ёмонлашади, натижада найсимон суяклар метаэпифизар тоғай деструкция зонаси кенгайди. Олинган натижалар ҳомиладорлик даврида ЭҚД чақирилган каламушлардан туғилган жониворлар найсимон суяклари эпифизини ташкил этган барча структуралар ривожланишдан орқада қолишини кўрсатди.

БОЛАЛАРДА ЧАНОҚ – СОН БЎҒИМИ ДИСПЛАЗИЯСИ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА БУ КАСАЛЛИК БИЛАН НАЗОРАТДА ТУРГАН БЕМОРЛАРГА ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОШИРИШ

**М.М. Рахматова, Г.У.Назарова, Я.Ф.Усманова, Бойқўзиева., Г.Х.Акбарова Д.Т Содиқова
Андижон Давлат Тиббиёт Институти**

Мавзуни асослаш: Чаноқ-сон бўғими дисплазияси ва унинг туғма чиқиши болаларда учрайдиган болалар ортопедик касалликлар орасида биринчи ўринни эгаллайди. Ушбу



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



хасталик қиз болаларда ўғил болаларга нисбатан кўпроқ учрайди (7:1). Уч ойлик болаларда чаноқ-сон бўғими дисплазияси 70%ни, соннинг туғма, қисман чиқиши 20%ни, тўла чиқиши-10%ни ташкил этади. Вақт ўтиши билан беморлар даволанишмаса муносабатлар ўзгаради: мускуллар тонуси оша боргани сабабли яхши ривожланмаган, қўймич косасининг том қиялиги сон сўяги бошчасини юқорига ва ташқарига силжишига олиб келади. Шунинг учун 1 ёшдаги болаларда соннинг чала чиқиши 28,9%ни, тўла чиқиш – 71,1%ни ташкил қилади.

Бу туғма нуқсоннинг илк белгиларини аниқлаш жуда қийинлиги туфайли ота-оналар ҳамда баъзида тиббиёт ходимлари томонидан касаллик вақтида аниқланмайди ва бола юра бошлагандан кейингина, оқсоқланиб юрганида бунга аҳамият бера бошлайдилар. Чаноқ-сон бўғими дисплазияси ҳам эндоген омиллар, яъни чаноқ-сон бўғими тузилишининг ўзига хослиги, гормонал мувозанатнинг бузилиши ҳамда экзоген омиллар – бўлажак она касалликлари, ҳомиладорлик кечишидаги асоратлар ва бошқалар таъсирида келиб чиқади.

Бу касалликнинг илк белгилари қуйидагилардан иборат:

1. Сон ва думба бурмаларининг асимметрияси;
2. Маркс-Ортоланени «шиқиллаш» белгиси;
3. Чаноқ-сон бўғимида оёқ керишнинг чегараланиши;
4. Оёқларнинг ҳаддан ташқари буралиб кетиши;
5. Оёқнинг нисбатан калта тортиши.

Мақсад: Андижон шаҳар шимолий кичи даҳасида болалар ўртасида Чаноқ-сон бўғими дисплазияси билан “Д” назоратда турган болаларга тиббий ёрдам сифатини ошириш.

Вазифалар: ОПда Чаноқ-сон бўғими дисплазияси касаллигини эрта аниқлаш диспансер назоратига олиш. Шифокор ва хамшираларни иш сифатини ошириш. Чаноқ-сон бўғими дисплазияси касаллигини болаларда эрта аниқлаш ва мутахассисга ўз вақтида юбориш ва касалли асоратларини олдини олиш. Оналарни тиббий маданиятини ошириш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Мазкур тадқиқот ишлари назоратимиздаги ОПда ўтказилди. Чаноқ-сон бўғими дисплазияси касаллигига шубҳаланган болаларнинг ушбу касаллик асоратлари ҳақидаги билим даражаси сифат кўрсаткичини аниқлаш мақсадида стандарт ва индикаторлар тузилди, система картаси ишлаб чиқилди. Чаноқ-сон бўғими дисплазияси хасталиги асоратларини олдини олиш бўйича шифокор ва хамширалар томонидан оналарни ўқитилди. Бўлажак оналарни, ҳомиладорлик давригача улардаги эстрогенитал касалликларни даволаши соғлом турмуш тарзига риоя қилиши хомиладорли вақтида салбий таъсир қилувчи экзоген омиллардан эҳтиёт бўлиши таҳлил қилинди. Натижаларни баҳолаш. ОП ва худуд шароитида Чаноқ-сон бўғими дисплазияси касаллиги бўйича материаллар, буклетлар, брошюралар, адабиётлар етарли миқдорда эмас. Болаларда чаноқ-сон бўғими дисплазияси касаллигини олдини олишда бўлгуси оналарга доим шифокор назоратида бўлиш соғлом турмуш тарзига риоя қилиш, вақтида овқатланиш консервантларни истемол қилмаслиги тўғрисида тушунчалари етарли даражада эмас. Маслаҳат вақтида бўлажак оналарни ўқитишга ОП врачлари томонидан



кам эътибор берилади. Команда билан биргаликда текширув натижаларидан келиб чиккан ҳолда ўзгартиришлар киритилди. Юқоридаги аралашувлардан сўнг Чаноқ-сон бўғими дисплазияси касаллиги билан “Д” назоратда турган беморларга тиббий хизмат сифат кўрсаткичларини 20% га яхшилашга эришдик

Хулоса ва тавсиялар: Худуд шароитида болаларда чаноқ-сон бўғими дисплазияси касаллигини эрта аниқлаш ва касаллик асоратларининг профилактикаси тадбирларини стандартларга асосланган ҳолда олиб бориш ўта муҳимдир. Болани 2 ойликгача бўлган даврида ортопед кўрувига юбориш. Сўнг чаноқ-сон бўғими дисплазияси касаллиги билан даволанаётган болаларни назорат қилиш ва даволашни охирига етказиш зарурдир. Олиб борилаётган ишлар натижасини команда аъзолари билан биргаликда мониторинг қилиб бориш мақсадга мувофиқдир.

БИРЛАМЧИ ТИЗИМДА АҲОЛИ ЎРТАСИДА ИНАКТИВЛАНГАН ПОЛИОМИЕЛИТ ВАКЦИНАСИ (ИПВ) ЭМЛАШ МУОЛАЖАЛАРИНИ ОЛИШ МУҲУМЛИГИ ҲАҚИДА ОИЛА АЪЗОЛАРНИ ХАБАРДОРЛИК ДАРАЖАСИНИ ОШИРИШ.

М.М.Рахматова
Андижон Давлат Тиббиёт Институти

Мавзунинг **Долзарблиги:** Ҳозирги кунда вируслар сабабли келиб чиқувчи касалликлар инсон саломатлигида долзарб муаммолардан бири бўлмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотига кўра 1988 йил 350 000 та ҳолат 125 та эндемик мамлакатлар

Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ВОЗ) полиомиелитни йўқотиш тўғрисида қарор қабул қилди. 2013 йил 416 та қайд этилган ҳолатлар (14 май 2014 йил) 3 та эндемик мамлакат 7 та мамлакатда қайтадан касаллик тарқалиши юзага келди.

Полиомиелит– бу вирус чақирадиган, тарқалиш хусусияти юқори бўлган юқумли касалликдир. Полиомиелит вируси чақирадиган инфекция ўта юқумли ҳисобланади;

Полиомиелит вируси кўпгина ҳолларда фекал-орал йўл орқали тарқалади:

Вируснинг бирламчи юқиш йўли – бир боланинг ахлати бошқа боланинг оғзига тушиши орқали, Шунингдек сўлак орқали ёки хаво-томчи йўли билан аксирганда ва йўталганда юқиши мумкин.

Вирус асаб тизимини шикастлаш ва турғун паралич чақиради хусусиятига эга. Полиомиелит одамдан одамга мулоқот орқали ўтади ва аҳоли ўртасида тезлик билан тарқалади. 90% касаллик юққан одамларда симптомлар юзага чиқмайди ёки жуда кам бўлади. Шу билан бирга, 200 тадан 1 та ҳолатда инфекция турғун параличга (гавда қисмларида харакатланиш йўқлиги) ва хатто ўлимга олиб келади.

Полиомиелит вирусининг 3 та типиди мавжуд:

Ёввойи полиовирус (ДПВ) – 3 та серотипга эга



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



1-Тип - 2013 йилда 416 та холат (бугунги кунда ягона циркуляцияда бўлган ДПВ типи);
2-Тип - 1999 йилда элиминация қилинган;
3-Тип - охирги холат 2012 йилда рўйхатга олинган (тўлиқ йўқотилишини сертификатлаш учун кўпроқ муддат талаб этилади).

Орал (Оғиз орқали юбориладиган) полиомиелит вакциналарини ўрта типи мавжуд:
Уч валентли орал полиомиелит вакцинаси (тОПВ): 1, 2, 3 типлар (кўпинча глобал миқёсда режали иммунизацияда ишлатилади);
Бивалент ОПВ (БОПВ): 1 ва 3 типлар (иммунизацияда режали эмлашга қўшимча эмлаш тадбирларида ишлатилади);
Моновалент ОПВ (МОПВ): 1, 2 ёки 3 типлар (асосан фақат 1- ёки 3- тип циркуляцияси бўлган ҳудудларда қўшимча эмлаш тадбирларида ишлатилади)

ОПВ ҳозирги кунгача полиомиелитни йўқ қилишда ишлатилган асосий вакцина ҳисобланади. 2012 йил май ойида бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ассамблеяси полиомиелитни йўқотишни жамоат соғлиқни сақлаш тизимида глобал миқёсдаги фавқулодда холат деб эълон қилди. Полиомиелитдан халос дунё мақомига эришиш режасига кўра, маълум муддатдан сўнг ОПВ ишлатилишини тугаллаш тавсия этилади. Иккинчи типдаги ОПВ ўзида икки турдаги хавфни юзага келтириши мумкин (ВАПП ва цВДПВ); Ҳозирги вақтда полиомиелитни йўқотилишида бу вакцинанинг зарурияти йўқ, маълум вақт ўтиши билан таркибида 2-типдаги вирус бўлган ОПВ ишлатилиши тугалланади.

Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг стратегик консултатив экспертлар гуруҳи (СКГЭ) барча мамлакатларга ҳозирча ИПВ ни режали эмлаш режасига киритишни тавсия этади (таркибида 2-типдаги вирус бўлган ОПВ ишлатилиши тугалланганга қадар).

Асос: таркибида 2-типдаги вирус бўлган ОПВни ишлатилиши тугатилгандан сўнг чақнаш холатлари (вспышка) хавфини камайтириш;
-2-типдаги вирусни қайта кириб келиш холати юзага келганда чақнаш холатлари (вспышка) устидан зудликда назорат ўрнатиш;
-1 ва 3 типларга аҳоли иммунитетини кучайтириш ва полиомиелитни йўқотишни тезлаштириш.

ИПВ жуда хавфсиз вакцина бўлиб, паралич холатларини чақирмайди;
ИПВ амалиётга киритилиши ёввойи полиовирус йўқотилганидан сўнг ОПВ ишлатилишини буткул тугаллаш учун шароит яратади;
ОПВ ишлатилиши тугаллангандан сўнг, ИПВ тўлиқ химояни таъминлайди;
ИПВ амалиётга киритилиши бола парвариши билан шуғулланаётган шахсларга иммунизациянинг муҳимлигини эслатиб, ўтиб кетган ва келгусидаги эмлашлар тўғрисида муҳим маълумот беради. 2021 йил 17 июлда Ўзбекистон Республикасида юқумли касалликлар имунопрофилактикаси 02/39-07/4-Сан Қ ва Мга қўшимча қилинди ва ИПВ га эмлаш болани 4 ва 9 ойлигида амалга ошириш белгиланди

Мақсад: Бирламчи тизимда аҳоли ўртасида инактивланган полиомиелит вакцинаси (ИПВ) эмлаш муолажаларини олиш муҳумлиги ҳақида оила аъзоларни хабардорлик



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



даражасини ошириш ва шу орқали эмлаш орқали бошқарилиб бўладиган касалликларни олдини олиш.

2021 йил 17 июлда Ўзбекистон Республикасида юқумли касалликлар имунопрофилактикаси 02/39-07/4-Сан Қ ва Мга асосан ИПВ га эмлаш болани 4 ва 9ойлигида амалга ошириш белгиланган вакцинани ўз вақтида олишни тامينлаш ва касалликдан халос бўлиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Бизнинг текширув ишларимиз Шахрихон ТТБ 1-КТМП аҳолисидаги ота-оналар ўртасида ўтказилди. Текширувимизга 55 нафар ота оналар ва оилани бошқа аъзолари, яъни бувижонлар гуруҳи ажратиб олинди.

Текширув услуби сифатида махсус ишлаб чиқарилган саволномалардан фойдаланиб анкета сўровномаси ўтазилди. Қатнашчилардан аввал 1-анкета сўровномаси олинди ва жавоб ўрганилди. Сўнгра ушбу қатнашчиларга Полиомиелитдан вирус асаб тизимини шикастлаш ва турғун паралич чақириш хусусиятига эга эканлиги. Полиомиелит одамдан одамга мулоқот орқали ўтади ва аҳоли ўртасида тезлик билан тарқалиши 90% касаллик юққан одамларда симптомлар юзага чиқмайди ёки жуда кам бўлиши. Шу билан бирга, 200 тадан 1 та ҳолатда инфекция турғун параличга (гавда қисмларида ҳаракатланиш йўқлиги) ва хатто ўлимга олиб келиши касалликка қарши эмлаш махсус профилактика усули борлиги, эмлашдан сўнг турғун иммунитет шаклланиб, вирусдан ишончли ҳимоя ҳосил бўлиши ҳақида маъруза ўқилди ва ролик ўйин, кинолавҳалар билан кўрсатилди.

Маърузадан сўнг 2-анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: Қўйидаги натижаларга эришилди: биринчи анкета сўровномасида жами 6 (16%)киши, 2-анкета сўровномасида 35(97%)киши жавоб берди. .

Хулосалар: Бирламчи тиббий бўғимда бирламчи – профлактик Полиомиелитдан вирус асаб касалликларини келтириб чиқарувчи турларига қарши эмлаш махсус профилактика усули бўлиб ишларимиз сифати яхши эмас. Текширувимиз натижаси шуни кўрсатдики, оналар ва оила аъзолар орасида эмлаш ҳақида билим савиялари паст даражада. Эмлашни вақтида олмаса, болада қандай асоратлар содир бўлиши тўғрисида маълумотга эга эмас.

Тавсиялар: ОШ оилаларда биргаликда бундай учрашувлар, давра суҳбатларини ёш оилалар орасида режа асосида доимий ўтказиб туришлари керак. 2.ОШ ва патронаж ҳамшира уйма-уй юриб оилаларда якка тартибда суҳбатлар олиб бориш ва патронаж ишларини кучайтиришлари керак. 3. Суҳбатларни кўргазмали қуроллар ва телеведенида чиқишлар, буклетлардан фойдаланган ҳолда олиб бориш мақсадга мувофиқдир.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



АҲОЛИ ОРАСИДАГИ 40 ЁШДАН КАТТА АҲОЛИ ОРАСИДА ЮҚУМСИЗ КАСАЛЛИКЛАРНИ ЭРТА АНИҚЛАШ ВА ТИББИЙ КЎРИҚДАН ЎТИШНИ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ.

М.М.Рахматова

Андижон Давлат Тиббиёт Институти

Оилавий шифокорларини МО ва ҚТ,ССБ ЖСС кафедраси.

Мавзунинг **Долзарблиги:** Дунё олимларининг берган маълумотларга кўра, 2030 йилга келиб ЮҚТК, саратон касалликлари, сурункали респиратор касалликлар ва қандли диабетдан ўлим кўрсаткичи даражасининг бирмунча ошиши, шу билан бирга, перинатал ўлим, сил, безгак, ОИВ/ОИТС касалликларидан келиб чиқадиган ўлим кўрсаткичлари эса нисбатан пасайиши кузатилаётган экан.

Юқдан ўлим ва касалланиш даражасининг ортиши билан бирга унга мос равишда соғлиқни сақлаш тизими ва аҳоли саломатлигига сарфланадиган ҳаражатлар ҳам ортади. Олимларнинг ҳисоблари бўйича, агар бугун ҳеч қандай қўшимча чора-тадбирлар ишлаб чиқилмаса ва ҳозирги кунда кўрсатилаётган ёрдам шу аҳволда давом эттириладиган бўлса, у ҳолда 6 йилда (2011 йилдан 2025 йилгача) давлатларнинг соғлиқни сақлаш тизимига сарфланадиган ҳаражатлари 7 трлн. АҚШ долларини ташкил этади.

Бу маълумотлар бугунги кунда ўзининг самарадорлиги ва фойдалилигини исботлаган чора-тадбирларни ҳаммамиз биргаликда амалга оширишимиз лозимлигини кўрсатади.

Ҳозирги кунда Юқимсиз касалликларнинг алоҳида 4 та устувор гуруҳи ажратилган бўлиб, улар инсониятга катта хавф-хатар туғдиради: кўпинча улар ўлимга, ногиронликка олиб келади, давлатга ва беморларга катта зарар етказади.

Шу билан бирга, ушбу гуруҳдаги касалликларнинг вужудга келишини бартараф қилиш имкони бор.

Бу асосий касалликлар 4 гуруҳ бўлиб. юрак-томир тизими касалликлари, саратон, қандли диабет, сурункали респиратор касалликлар (ЎСОҚ, бронхиал астма).

Юқумсиз касалликларга касаллик тарқалишини чақирувчи микроорганизмларсиз (бактерия, вирус каби) ривожланадиган ва одамдан одамга юқмайдиган (буларга қўшимча равишда овқат хазм қилиш тизими касалликлари, нейропсихик ўзгаришлар, жароҳат ва бошқалар) барча касалликлар кирди.

Бу 4 та гуруҳига кирувчи касаллик ҳам сабабчи бўлувчи ҳулқий 4та асосий хавфли омиллар; нотўғри овқатланиш, камҳаракатлилиқ, чекиш, спиртли ичимликларни истемол қилишдан иборат. Ушбу 4 омилга таъсир кўрсатиб, уларни ўзгартириш мумкин.

Шу билан бирга ўзгартириб бўлмайдиган хавфли омиллари ҳам бор. Улар жинси, ёши, насли.

Биз АДТИ ОШ МО ва ҚТ.ССБ ва ЖС кафедраси ходимлари Шахрихон ТТБ га қарашли ҳ1-КТМП да бўлиб 40 ёшдан катта аҳолилардаги касалликларни эрта аниқлаш, касалликларни олдини олиш мақсадида тиббий кўриқдан ўтказишда қатнашдилар ва



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



касалликлар тўғрисида маълумот ва тушунтириш ишлари олиб бордилар. Аҳоли ўртасида саволнома ўтказилди .

Мақсад: Бирламчи тиббий бўғинда 40 ёшдан катта аҳолилардаги касалликлари ва уларни келтириб чиқарувчи омилларни тушунтириш ва уларни ўз соғлиги тўғрисида қайғуриш тиббий кўриқдан ўтишга жалб қилишдар .

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Бизнинг текширув ишларимиз Шахрихон ТТБ га қарашли 1-КТМП ларида аҳолисидаги 40 ёшдан катта аҳолилардаги касалликларни эрта аниқлаш, касалликларни олдини олиш мақсадида тиббий кўриқдан ўтказиш. Текширувимизга 89 нафар 40 ёшдан катта аҳолилардаги ёшдаги аёллар.гуруҳи ажратиб олинди.

Текширув услуби сифатида махсус ишлаб чиқарилган саволномалардан фойдаланиб анкета сўровномаси ўтказилди. Қатнашчилардан аввал 1-анкета сўровномаси олинди ва жавоб ўрганилди. Сўнгра ушбу қатнашчиларга Юқумсиз касалликларига учрамаслик учун нима қилиш керак, қанча вақт оралиғида тиббий кўриқдан ўтиб туриш кераклиги ҳақида маъруза ўқилди ва ролик ўйин, кинолавҳалар билан кўрсатилди.

Маърузадан сўнг 2-анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: Қуйидаги натижаларга эришилди: биринчи анкета сўровномасида жами 10(11,2%) киши, 2-анкета сўровномасида 89(100%)киши жавоб берди. .

Хулосалар: Бирламчи тиббий бўғимда 40 ёшдан катта аҳолилардаги юқумли бўлмаган касалликлар борасида профилактика усули бўлиб ишларимиз сифати яхши эмас. Текширувимиз натижаси шуни кўрсатдики, 40 ёшдан катта аҳолилардаги аёллар орасида касалликларни ва уларга олиб келувчи хавф омилларини, тиббий кўриқдан вақтида ўтиш ҳақида билим савиялари паст даражада. Юқумсиз касалликлардан асоратлар содир бўлиши тўғрисида маълумотга эга эмас.

Тавсиялар:ОШ ВА патранаж хамширалар уйма-уй юришни кучайтириш ва аҳолига касалликларни олдини олиш тўғрисида маслаҳат бериш ва тиббий кўриққа ўз вақтида чақиришни таъмирлаши ва яқка тартибда суҳбатлар олиб боришини янада кучайтиришлари керак. Суҳбатларни кўргазмали қуроллар ва телеведенияда чиқишлар,буклетлардан фойдаланган ҳолда олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

БТСЁМ ФАОЛИЯТИДА БОЛАЛАРДА ГИЖЖА КАСАЛЛИГИНИНГ ЭРТА АНИҚЛАШ ВА ДАВО ЧОРАЛАРИНИ ОЛИБ БОРИШ БИЛАН ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОШИРИШ

**Андижон Давлат Тиббиёт Институти
Оилавий шифокорларини МО ва ҚТ,ССБ ЖСС кафедраси
М.М. Рахматова**

Мавзуни асослаш: Одам ва ҳайвонларнинг аъзо ва тўқималари ҳисобига яшовчи майда чувалчанглар – гижжалар (гельминтлар), улар келтириб чиқарадиган касалликлар



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



гельминтозлар дейилади. Касаллик манбаи бемор одам ва гижжалар билан зарарланган ҳайвонлар ҳисобланади. Гижжалар – чувалчанглар, ўзининг паразитлик ҳаётини одам организмида ўтказувчи организмлардир. Бунда одам ёши роль ўйнамайди - катталар ҳам, болалар ҳам бир хилда касалланиши мумкин. аскардалар, асосан, қўлини яхши ювмайдиган болаларда кўп учрайди. Острисалар эса одамга ифлос қўллар, озиқ-овқат маҳсулотлари ҳамда оғиз ва бурунга тушадиган чанг орқали ҳам юқиши мумкин.Паразитлар билан зарарланган одамнинг вазни камаяди, қоринда оғриқ, кўнгил айниши, ич кетиши ёки бош айланиши, жиззакилик пайдо бўлади. Гижжа ичақда бўлса – ич қотади ёки ич кетиши, кўнгил айниши, қайт қилиш ҳолатлари кузатилади. Жигарда бўлса - кўз оқи ва бадан сарғаяди, шиш пайдо бўлади, баданга ҳар хил доғлар тушиши мумкин. Ўпкада бўлса - иситма чиқиши ва йўтал пайдо бўлиши мумкин. Шунингдек, одамнинг меҳнат қобилияти пасаяди, болаларда ривожланиш орқада қолади, яхши ўсмайди, хотира пасаяди, уйқуси нотинч бўлади.

Гижжалар ичакнинг шиллиқ қаватига ёпишиб олиб, уни жарохатлайди. Оқибатда ичак деворларида яра пайдо қилади ва қон кетишига сабаб бўлади. Ичақда яшовчи гижжалар асосан ичакдан тунда чиқади ва орқа чиқарув тешиги атрофида жуда кўп тухум қўяди. Касалликни тез таркалиши катта ва кичиклар орасида ривожланиши, кўп холларда тез-тез кайталаниши, баҳор ва куз ойларида авж олади ва турли хил асоратлари инфекцион токсик шок,тугри ичакнинг чикиб қолиши, нимжон болаларда иккиламчи инфекцияларнинг ривожланиши камконлик, теридаги ўзгаришлар, нерв системаси ва бошқа органлардаги ўзгаришларни берганлиги сабабли, беморларни иш қобилиятини пасайиши,иштаҳасизлик, холсизликка ва огир камконликка бази ҳолатда талвасалар тутишига ҳам олиб келиши мумкин. Одамга гижжа тухумлари билан ифлосланган рўзғор буюмлари орқали – эшик бандлари, ҳожатхона стулчалари, тувак ва бошқалар билан ўтади. Кўпинча болалар касалланади. Қоринда оғриқ туриб, беморнинг кўнгли айнийди, иштаҳаси пасаяди, боши оғриб, кўпинча ичи кетади, .

Эхинококк ҳайвонлар, аксарият итлар ичагида яшайди. Одамларга сигир, қўй, чўчқа, ит ва мушуклардан, шунингдек, ёзвойи этхўр ҳайвонларнинг терисини шилиш ва ошлаш вақтида юқади. Эхинококкозда бош оғриб, айланади, ҳаракатланиш ва сезиш фаолияти бузилади

Мақсад: Андижон шаҳар 3 умумтаълим мактабида гижжа касаллиги билан “Д”назоратда турган болаларга тиббий ёрдам сифатини ошириш.

Вазифалар: ОПда гижжа касаллигини эрта аниқлаш тиббий кўриқдан ўтказиш ва диспансер назоратига олиш касалликни олдини олиш учун. Шифокор ва хамшираларни мактабдаги ўқитувчиларга ва ўқувчиларга касалликни олдини олиш ва уни камайтириш учун қандай ишлар олиб бориш кереалигини тушунтириш ва иш сифатини ошириш. Гижжа касаллиги билан болаларни стандарт даво усулларида асосланган ҳолда даволаш. Аҳолини тиббий маданиятини ошириш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Мазкур тадқиқот ишлари назоратимиздаги 3 умумтаълим мактабида ўтказилди. Гижжа касаллигига шубҳаланган болаларнинг ушбу



касаллик асоратлари ҳақидаги билим даражаси сифат кўрсаткичини аниқлаш мақсадида стандарт ва индикаторлар тузилди, система картаси ишлаб чиқилди. Гижжа хасталиги асоратларини олдини олиш бўйича болалар ўқитилди ишларига салбий таъсир қилувчи омиллар таҳлил қилинди

Натижаларни баҳолаш. ОП ва мактаб шароитида гижжа касаллиги бўйича материаллар, буклетлар, брошюралар, адабиётлар етарли миқдорда эмас. Болаларда гижжа касаллигини олиб боришда гигиена қоидаларига амал қилиш тўғрисида тушунчалари етарли даражада эмас. Маслаҳат вақтида болалар ва ота- оналарни ўқитишга ОП врачлари томонидан кам эътибор берилади. Кўп ҳолларда беморлар касалликни қайталанишини олдини олиш бўйича тадбирлар ҳақида етарли маълумотга эга эмас. Команда билан биргаликда текширув натижаларидан келиб чиққан ҳолда ўзгартиришлар киритилди. Юқоридаги аралашувлардан сўнг гижжа касаллиги билан “Д” назоратда турган болаларга тиббий хизмат сифат кўрсаткичларини 30% га яхшилашга эришдик

Хулоса ва тавсиялар: Худудда ва мактаб шароитида болаларда касаллик асоратларининг профилактикаси тадбирларини стандартларга асосланган ҳолда олиб бориш ўта муҳимдир. Болалар ОП шароитида гижжага таҳлил қилдиришларини йўлга қўйиш. Гижжа билан даволанаётган болаларни назорат қилиш ва даволашни охирига етказиш зарурдир. Аввало гигиена қоидаларига риоя қилиш кералигини ўргатиш. Йилнинг маълум санасида стандарт ва индикаторларга асосланган ҳолда, мониторинг ўтказиб туриш муҳим. Мониторинг натижаларини команда аъзолари билан биргаликда муҳокама қилиб бориш ва кейинги тактикани ишлаб чиққан ҳолда, профилактика ишларини олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

АХОЛИ ЎРТАСИДА НАРКОМАНИЯНИ ОЛДИНИ ОЛИШ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИК ЧОРА ТАДБИРЛАРНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ

Андижон Давлат Тиббиёт Институти

Оилавий шифокорларини МО ва ҚТ, ССБ ЖСС кафедраси.

М.М.Рахматова, Г.У.Назарова, Я.Ғ.Усманова, Д.Т.Содиқова

Асослаш: Охириги йилларда Ўзбекистонда аҳоли ўртасида наркотик моддаларни қабул қилувчилар кундан-кунга кўпайиб бормоқда. Бу ҳолат ҳозирги кунда, на фақат тиббиётни балки умумжамоа муоммосига айланиб бормоқда. Наркотик моддаларни қабул қилувчилар дунё бўйича ҳам 25 ёшгача бўлган аҳоли ўртасида юқори кўрсаткични кўрсатмоқда. Спиртли ичимликлар, дори-дармонлар ва озиқ-овқатлар таркибига кирган кимёвий бирикмаларни «наркотик моддалар» термини билан белгиланади. Наркотиклар бош мия ва бутун одам организмига махсус таъсир қилувчи моддалар гуруҳига киради. «Ўзгарган чидамлилиқ синдроми» - наркотик ёки токсик препаратларни организмга навбатдаги қабул қилинган дозасига паст реакция бериши



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



билан боғлиқ бўлган мослашиш ҳолатидир. Шунинг учун рухий ва жисмоний эффектга эришиш учун дори воситасининг юқори дозада қабул қилишга мажбур бўлади. Борган сари бу доза ҳам етарли бўлмай қолади, натижада дори дозасини янада оширилишига талаб ортади. Чидамлиликнинг бундай ошиши кўпинча организмни ҳимоя реакцияларининг сўниши билан кечади (масалан, препаратни истеъмол қилинганда қайт қилиш рефлексини йўқолиши, ингаляция пайтида бетўхтов йўталиши) ҳамда қабул қилинаётган препаратнинг миқдор назоратининг йўқолиши ва ўлим ҳолатигача олиб келувчи оғир даражадаги заҳарланишлар билан кечади.

Мақсад: Бирламчи тиббий бўғинда аҳоли ўртасида наркоманияни олдини олиш ишларини сифатини яхшилаш.

Услуб: Бизнинг текширув Андижон шаҳар Қўшариқ даҳаси 62,63,64-чи кўп қаватли уйлар аҳолисига (М.Ф.Й). биносида ўтказилди. Текширувимизга 20 нафар 18 ёшдан 40 ёшгача бўлган аҳоли гуруҳи жалб қилинди. Текширув усули сифатида махсус ишлаб чиқарилган сўровномадан фойдаланилди. Қатнашчилардан аввал 1-анкета сўровномаси ўтказилди. Сўнгра ушбу қатнашчилар ОШ, патронаж хамшира, М.Ф.Й. раиси, ҳудудий ички ишлар бўлими нозири билан биргаликда наркоманияни келтириб чиқарувчи сабаблари, организмда наркотик моддага нисбатан пайдо бўладиган рухий ва жисмоний қарамлик белгилари, ва наркотик моддаларни қабул қилиш билан боғлиқ рухий, соматик ва ижтимоий асоратларни пайдо бўлиши, олдини олиш ҳақида маърузада айтиб ўтилди. Маърузадан сўнгра 2-анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: Куйидаги натижаларга эришилди: биринчи анкета сўровномасида жами 7(35,6%)киши, 2-анкета сўровномасида 17 (85%) киши жавоб берди. . Текширувимиз натижалар шунини кўрсатдики, бизнинг ёшларимиз наркомания тўғрисида етарли даражада билимга эга эмаслар. Бунга сабаб бирламчи тиббий бўғин ва умумжамоа профилактик ишларни яхши эмаслигидир Ёшлар наркомания касаллиги унинг сабаблари, организмда пайдо бўладиган рухий ва жисмоний қарамлик , бунинг натижасида келиб чиққан ижтимоий асоратлар, профилактикаси ҳақида чуқур билимга эга бўлишлари зарур. Ҳозирги кунда ёшлар наркомания касаллиги ҳақида тўлиқ маълумотга эга эмас. Сабаби оила шифокори ва патронаж хамшира аҳоли орасида оммавий ва яқка тартибдаги мулоқатнинг камлигидир.

Хулоса: Бирламчи тиббий бўғинда бирламчи – профилактик ишларни сифати яхши эмас.. Текширувимиз натижаси шунини кўрсатиб турибди-ки бизни ёшларимизни наркомания ҳақида билим савиялари паст даражада. Наркомания охири оқибат нима билан тугаши тўғрисида тушунчаларини бойитиш зарур.

Тавсия: 1.ОШ, М.Ф.Й. раиси, ҳудудий ички ишлар бўлими нозири биргаликда бундай учрашувларни ёшлар ўртасида режа асосида доимий ўтказиб туришлари керак . 2.ОШ ва хамшира уйма-уй юриб патронаж ишларини кучайтириши зарурдир.. 3. Сухбатларни кўргазмалар қуроллардан, буклетлардан кенг фойдаланган ҳолда олиб борилишлари керак.4. Оммавий ахборот воситалари орқали сухбатларни ташкил қилиш мақсадга мувофиқдир.



АҲОЛИНИНГ ДИЗЕНТЕРИЯ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШИ ВА УНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИДА СУВНИНГ СИФАТИНИНГ АҲАМИЯТИ

Саломова Ф.И., Шерқўзиева Г.Ф., Искандаров А.Б., Урманова Л.Ж.

Тошкент тиббиёт академияси

Сўнги йилларда мамлакатимизда сувдан оқилонга фойдаланиш, унинг сифати ва хавфсизлигини таъминлаш, шунингдек, сув истеъмолини ҳисобга олишнинг замонавий инновацион тизимларини жорий этиш бўйича комплекс чора-тадбирлар кўрилган ҳолда сувдан фойдаланиш, шу жумладан сув таъминоти ва сув чиқариш соҳасида изчил ислохотлар амалга оширилмоқда. Бироқ, глобал иқлим ўзгариши туфайли республикада қуруқ фаслларнинг давомийлиги ошиб бормоқда, тоғларда қор захиралари майдони камаймоқда, камсувлик такрорланиши тобора кўпаймоқда, бу эса ўз навбатида сув танқислиги келиб чиқиш хавфининг ошишига олиб келади. Шу муносабат билан бу борада кучли қонунчилик яратилган бўлиб хусусан Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Аҳолининг ичимлик суви билан таъминланганлик даражасини ошириш ва унинг сифатини яхшилаш учун Ўзбекистон республикасининг сув ресурсларини бошқаришни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида” фармонида ҳам ўз аксини топган. Бизга маълумки инсон узоқ вақт сувсиз яшай олмайди, чунки сув инсон организмнинг барча ҳаётий фаолиятига киради: у барча орган ва тўқималарнинг таркибига киради, суюқ муҳитда инсон ва ҳайвонларни яшашини таъминловчи асосий жараёнлар кетади. Сув катта ва муҳим санитар-гигиеник аҳамиятга эга, усиз танани ва хоналарни тоза тутишни, овқат тайёрлашни, кир ювишни, хўжалик-маиший талабларни қондиришни имкони йўқ. Сув муҳим эпидемиологик аҳамиятга эга, сув орқали бир қатор ичак инфекциялари: қорин тифи, паратиф, ичбурағ, вирусли гепатит А, вабо тарқалиши мумкин.

Аҳолининг ичимлик сувида боғлиқ касалланиш ҳолати ўрганилганда биз муҳити орқали келиб чиқадиган касалликлар хусусан юқумли касалликларни ўрганиш ва қўйидаги натижалар олинди: ичимлик суви орқали аҳоли ўртасида кенг тарқалган юқумли касалликлардан бири дизентерия ҳисобланади. Дизентерия ёки ичбуруғ – йўғон ичакнинг зарарланиши (бот-бот ич кетиши ва қориннинг бураб оғриши) ва организмнинг захарланиши (бўшашиш, ҳолдан тойиш, бош оғриғи, ҳарорат кўтарилиши, кўнгил айниши, баъзан қайт қилиш) билан кечадиган ўткир инфекцион касаллик бўлиб бутун ер юзида учрайди. Одамларда учрайдиган дизентерия кўзғатувчисининг турига қараб, бактериял дизентерия билан амёбиаз фарқ қилинади, шу билан бирга дизентерия бактериялари бемор ахлати билан ташқи муҳитга чиқади ва ташқи муҳит объектларини ифлослантириб аҳоли саломатлигига хавф келтириб чиқаради. Дизентерия микроблари бир неча кундан 2-3 ойгача сақлана олади. Соғлом одам касаллик бактериялари билан ифлосланган сув, мева, сабзавот, овқатни истеъмом қилганда касаллик юқади. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда биз йиллар динамикасида аҳолининг ушбу касаллик билан касалланиш ҳолатини ретроспектив таҳлил қилганимизда қўйидаги натижаларни олдик: Дизентерия



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



касаллиги бўйича 2017 йил — 1 та (республика бўйича — 376 та) ҳолат, 2018 йил — 2 та (республика бўйича — 170 та), 2019 йил — 2 та (республика бўйича — 145 та), 2020 йил эса республика бўйича 52 та ҳолат аниқланди. Ўткир ичак касалликлари: 2017 йил 24 та (республика бўйича — 3788 та) ҳолат, 2018 йил — 43та (республика бўйича — 2660 та), 2019 йил — 14 та (республика бўйича 2598 та), 2020 йил эса — 18 та (республика бўйича — 1657 та) ҳолат аниқланди.

Олинган натижалардан шуни **Хулоса** қилишимиз мумкин 2018-2019 йилларда аҳолининг бошқа кузатув йилларига нисбатан касалланиш ҳолати кўп қайд этилган. Шу сабабли дизентериянинг олдини олиш учун аҳоли яшайдиган жойларни тоза тутиш, озиқ-овқат корхоналари, сув тармоқлари устидан санитария назоратини кучайтириш, пашшани йўқотиш, шахсий гигиена қоидаларига жиддий риоя қилиш, мева-сабзавотни тоза сувга обдан ювиб ёйиш керак ва қ. к. Аҳолини, айниқса, қишлоқ жойларида, тоза ичимлик сув билан таъминлаш нафақат дизентерияда, балки барча ўткир ичак касалликларининг олдини олишда муҳим ижтимоий тадбир ҳисобланади.

АНДИЖОН ШАРОИТИДА ИЖТИМОЙ АҲАМИЯТГА ЭГА ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИ ХАТАР ОМИЛЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА 21 ЙИЛЛИК ЎЗГАРИШЛАРИ.

**Салоҳиддинов О.С., Мамасолиев Н.С., Каландаров М., Асқаров И.Р., Хақимов Н.С.,
Андижон давлат тиббиёт интитути**

Долзарблиги. Ҳозирги клиник, терапевтик ва эпидемиологик ҳолат таҳлили бўйича **Хулоса** қилиш мумкинки, мазкур касалликлар кечишида, даволашда ва профилактикасида хатар омилларининг ролига етарлича эътибор қилинмайди. Ваҳоланки, ушбу касалликларнинг келиб чиқиши ва тарқалишида вируслар, чекиш, алкоголь, семизлик, гиподинамия, нутритив омиллар, арте-риал гипертензия каби хатар омилларининг роли жуда каттадир. Яна, адаби-ётларда кўрсатилишича, ушбу касалликларнинг “анъанавий модифи-цирланувчи хатар омиллари” деб ном олган сабабларини (жинс, алкоголь суистеъмоли, этник гуруҳ, вирус юкламаси, ҳамроҳ касалликлар) профилак-тикасининг самарали янги усулларини яратиб бериш - замонавий гепатоло-гиянинг умидли ва истиқболли йўналиши бўлиб ҳисобланади.

Изланишнинг мақсади. Андижон шароитида ижтимоий аҳамиятга эга жигар касалликлари хатар омилларининг тарқалиши ва 21 йиллик ўзгариш-лари.

Изланиш материаллари ва усуллари. Тадқиқотга 18-74 ёшли, Анди-жон давлат тиббиёт интитути клиникаси бўлимларида сўровномали, биоким-ёвий, инструментал, функционал ва аутопсия усуллари билан тасдиқланган сурункали гепатит ва жигар циррози билан 2000-2020 йилларда даволанган бемор эркак ва аёллар популяцияси (4585та) ўрганиб чиқилди.

Изланиш натижалари. Тадқиқот натижалари таҳлили тасдиқладики,



2000-2020 йиллар сурункали гепатитлар (СГ) билан умумий 18-90 ёшли аҳоли популяциясида, асосий эпидемиологик хатар омиллари қўйидагича аниқла-ниш ва эволюцияланиш частотаси билан қайд қилинди: чекиш – 12,9 ва 7,6 фоиздан (динамикада 5,3 фоизга камайиш билан, $P < 0,05$), гиподинамия – 14,2 ва 7,1 фоиздан (7,1 фоизга камайиш билан, $P < 0,01$), алкоголь истеъмоли (АИ) – 10,8 ва 7,1 фоиздан (3,7 фоизга камайиш билан, $P < 0,05$), нутритив омиллар (НО) – 38,3 ва 10,7 фоиздан (27,6 фоизга камайиш билан, $P < 0,001$), ортиқча тана вазни (ОТВ) – 5,0 ва 6,7 фоиздан (1,7 фоизга ортиш билан, $P > 0,05$), артериал гипертензия (АГ) – 15,8 ва 5,8 фоиздан (10 фоизга камайиш билан, $P < 0,001$).

ЖЦ билан умумий популяцияда: чекиш -27,5 ва 34,8 фоиздан, 6,3 фоизга ўсиш билан ($P < 0,05$), гиподинамия – 27,5 ва 29,9 фоиздан, 2,4 фоизга ортиш билан ($P < 0,05$); АИ – 21,3 ва 28,1 фоиздан, 6,8 фоизга кўпайиш частотаси билан ($P > 0,05$); НО – 59,2 ва 62,5 фоиздан, 3,3 фоизга ортиш билан ($P > 0,05$); ОТВ – 12,9 ва 17,4 фоиздан, 4,5 фоизга ўсиш билан ($P > 0,05$); АГ – 20,8 ва 10,7 фоиздан, 10,1 фоизга камайиш частотаси билан ($P < 0,05$).

Хулоса. Жигар континуумини асосий хатар омилларига боғлиқ ҳолда аниқланиш частотаси ва 21 йиллик эпидемиологик тавсифи бўйича 9 та хатар омили кўзатилди: чекиш, гиподинами, алкоголь истеъмоли, нутритив омил-лар, ортиқча тан вазни, артериал гипертензия.

ИЖТИМОЙ АҲАМИЯТГА ЭГА ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЗАМОНАВИЙ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ (21 ЙИЛЛИК ЭПИДЕМИОЛОГИК МОНИТОРИНГ).

Салоҳидинов А., Ҳақимов Н.С., Мамасолиев Н.С., Каландаров М., Усмонов Б.У.

Андижон давлат тиббиёт интитути

Долзарблиги. Аҳоли орасида ижтимоий аҳамиятга эга сурункали жигар касалликларининг (биринчи навбатда СГ ва ЖЦ ни) профилактикаси ва улар-нинг хатар омилларини эрта аниқлаш, уларга қарши курашиш ва мувофиқ-лаштиришнинг самарали усулларини излаб топиш назарий ва амалий жиҳат-дан муҳим илмий йўналиш ҳисобланади. Бу муаммо, айниқса, аҳоли сони бўйича эскирган маълумотлар мавжуд бўлган Ўзбекистон ҳудудлари ва аҳолиси учун долзарбдир. Ҳозирги вақтда, сурункали касалликларга қарши курашишнинг тиббий ва иқтисодий самарадорлиги исботланган эпидемиоло-гик ёндашувлар мавжуд ва ёндашувларнинг аксарияти популяция даража-сидаги профилактика соҳасига тегишли. Скринингли/популяция даражаси-даги профилактика – бу, аҳоли саломатлигини сақлаш (бирламчи профилак-тика) ва сурункали патологиялар, ҳамда, уларнинг хатар омиллари оқибат-ларини олдини олишнинг тасдиқланган ва ягона ишончли усули ҳисобланади.

Изланиш мақсади. Ижтимоий аҳамиятга эга жигар касалликларининг замо-навий клиник кечиш хусусиятлари ўрганиш.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Изланиш материаллари ва усуллари. Тадқиқотга 18-74 ёшли, Анди-жон давлат тиббиёт институти клиникаси бўлимларида сўровномали, биоким-ёвий, инструментал, функционал ва аутопсия усуллари билан тасдиқланган сурункали гепатит ва жигар циррози билан 2000-2020 йилларда даволанган бемор эркак ва аёллар популяцияси (4585та) ўрганиб чиқилди.

Изланиш натижалари. Тадқиқотнинг йўналишларидан бири, жигарнинг асосий сурункали касалликларининг (барча сурункали гепатитлар, жигар циррозини) клиник кечишининг замонавий хусусиятларини, 21 йиллик клиник - эпидемиологик проспектив мониторингда ўрганиш ва тахлили шуни кўрсатдики, жигарнинг ижтимоий аҳамиятли касалликларининг (ИАЭЖК) частотасини ортишига олиб келувчи эпидемиологик хатар омилларини тарқалиши ва 21 йиллик динамикаси асосан қуйидаги клиник аломатлар, СГ да: астеник синдром (АС, умумий беҳоллик ва тез чарчаб қолиш), артралгия, иштаҳанинг йўқолиши (ИЙ), ўнг қобирға ости соҳаси доимий оғриғи (ЎҚОДО), жигардан ташқариги кўринишлар (ЖТК) (артритлар, томирли пурпура, васкулитлар, нефрит, Мельтцер учлиги (ўта кучли биохимик ўзгаришлар + тери пурпураси + артралгия) цитолитик синдром (ЦС); ЖЦ да эртаки симптомлар (ЭС) (чарчоқ, диспепсия, спленомегалия, тўпиқ шишиши, “томирли юлдузчалар”), ЖЦ декомпенсация босқичи симптомлари (ЖЦДБС), портал гипертензия (ПГ) белгилари кузатилди.

Хулоса. ИАЭЖК билан беморларда асосий клиник аломатлар: ЦС, ЖТКС, ЎҚСДО, ИЙ, АС, ЭС, ЖЦДБС, ПГ тасдиқланди.

ПЕДАГОГЛАРНИНГ ТАЪЛИМ СИФАТИНИ ОШИРИШДА КАСБИЙ КОМПЕТЕНТЛИГИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ

Сапиохунова Х.М., Шоюнусова Н.Ш., Жуманова Л.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг **Долзарблиги.** Узлуксиз таълим ижодкор, ижтимоий фаол, маънавий бой шахс шаклланиши ва юқори малакали рақобатбардош кадрлар илдам тайёрланиши учун зарур шарт-шароитлар яратади. Узлуксиз таълим кадрлар тайёрлаш тизимининг асоси, Ўзбекистон Республикасининг ижтимоий-иқтисодий тараққиётини таъминловчи, шахс, жамият ва давлатнинг иқтисодий, ижтимоий, илмий-техникавий ва маданий эҳтиёжларини қондирувчи устувор соҳадир.

Тадқиқот мақсади. Давлат таълим стандартларига мувофиқ ҳар бир шахснинг таълим ва тарбия олишдаги конституциявий ҳуқуқини рўёбга чиқариш умумий ўрта таълимнинг мақсади ҳисобланади. Умумий ўрта таълим ўқувчиларга билимларнинг зарур ҳажмини беради, мустақил фикрлаш, ташкилотчилик қобилияти ва амалий тажриба кўникмаларини ривожлантиради, дастлабки тарзда касбга йўналтиришга ва таълимнинг навбатдаги босқичини танлашга ёрдам беради.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Тадқиқот материал ва усуллари. Мактабда таълим-тарбия жараёнининг методик таъминотини белгилловчи ўзлуксиз методик хизмат – фан ўқитувчилари ва барча педагог ходимларнинг билим, кўникма, малака, касбий маҳоратлари замон талаблари даражасида бўлиши, педагогика фанининг энг сўнгги ютуқларидан ўз фаолиятларида фойдалана олишлари, методик ёрдамни уюштириш ва уни амалга ошириши зарур.

Тадқиқот натижалари. Мактаб бошқарув фаолияти тизимли объект сифатида қуйидаги хусусиятларга эга: зарурият, имконият, таълим муассасасининг кўрсаткичлари ва раҳбар қобилятини баҳолаш мезонларини ҳисобга олиш асосидаги ривожланиш йўналиши; унинг салоҳияти, функционал имкониятлари, индивидуаллик ва маданийлик; мактабнинг менталитети; унинг яхлит педагогик тизими; ашёлар билан таъминланиш имкониятлари; ички имкониятлари ва ташқи муҳит билан муносабатлари; педагогик ва мактаб жамоаларининг ривожланиши, шунингдек, мактабнинг ички бошқарув тизими ва унинг ривожланиши.

Мотивацион қўллаб-қувватлаш – раҳбардаги ходимларнинг ўз ишига садоқатини мустаҳкамлай олиш компетенцияси. Ушбу компетенцияга эга раҳбар:

педагогик жамоанинг ютуқларини ва бажарган ишларини тан олади ва уларни тақдирлайди, миннатдорчилик билдиради; педагогик жамоа ўз ютуқларидан қониқиш ҳосил қилишлари учун гуруҳ билан фахрланишини очиқдан очиқ айтади; жамоанинг ўз ишидан мамнун бўлишлари учун турли ижодий усулларни ўйлаб топади; жамоа фаолиятини жонлантириш учун суҳбатлар ва тақдимотлар (презентация) ўтказади.

Кўп йиллик тажрибалар, мактабда таълим-тарбиянинг йўлга қўйилиши, таълим муассасасининг обрў-эътибори, ўқитувчиларнинг ижодкорлик фаолиятлари, ўқувчиларнинг билим олиш самарадорлиги юқори бўлиши, тарбияланганлиги, камол топиши, кўп жиҳатдан мактаб раҳбарининг фидойилиги ва сифат қирраларига боғлиқлигини кўрсатади.

Хулоса. Инсон омили, вазифаларни тўғри топшириш, ваколатларни тўғри тақсимлаш, раҳбарнинг нуфузи ва билимдонлиги, мактабнинг ривожланиши, таълим сифатининг ошишига йўналтирилган вазифаларни тўғри тушунтира билиш, одамларнинг шошма - шошарликка йўл қўймай осойишта ишлашларига имкон яратиш, ишдаги тизимлилик, тўғри ташкил этилган мактаб ички назорати ва мониторинг, рағбатлантиришнинг тўғри танланган тизими мактаб жамоасига берилган барча кўрсатмаларнинг бажарилиши сифат ва савиясини таҳлил қилишга имкон беради.

БОЛАЛАР ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ СИНДРОМИДА ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА ОШҚОЗОНДАГИ ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШЛАРНИ ЭНДОСКОПИК БАХОЛАШ

Тўйчиев Г.У., Тўйчиев Ш.Г.

Болалардаги ПГ синдромида қизилўнгач ва ошқозондаги варикоз кенгайган веналар (ВКВ) холати, улардан қон кетиши хавфини аниқлаш ушбу соҳанинг долзарб муаммоларидан бўлиб қолмоқда.



Материал ва услублар. Тадқиқотга портокавал шунтловчи (ПКШ) ташрихлар ўтказилган 168 нафар бемор болалар олинди. (ўртача ёш 5,5 ёш). Бемор болаларнинг 124 тасида (I-гурух) ПГ нинг жигар ичи қамали ва 44 тасида (II-гурух) жигар ташқи қамали ўрин олган. Натижалар: I-гурухдаги беморларнинг 33 тасида дистал спленоренал анастомоз (ДСРА), 43 беморда «ёнбош-ёнбош» спленоренал анастомоз («ё-ё» СРА), 48 беморда проксимал спленоренал анастомоз (ПСРА) турлари қўлланилган бўлса, II-гурухдаги беморларда «н» кўринишли мезентерикокавал анстомоз (МКА) 14 нафар беморда, илеакомезентериал анастомоз (ИМА) 13та болада, ПСРА 11 та беморда ва 6 нафар беморда «ё-ё» СРА қўлланилди. I-гурухдан 3 та ва II-гурухдан 7 беморда ошқозон ва қизилўнгач веналарини тикиш (4 холатда М.Д.Пациора ва 3 холатда Сигиура) ташрихлари ўткир қон кетиш вақтида ўтказилган.

ЖЦда жигар ичи қон айланиши бузилишининг механизми қанчалик мураккаб бўлса, портал гипертензияда ошқозон ва қизилўнгачдан қон кетиш механизми ҳам шунчалик мураккаб ва тўла тўқис ўрганилмаган.

Хулоса қилиб айтганда болаларда қизилўнгач ва ошқозон варикоз кенгайган қон кетиш хавфини Щерцингер А.А. (1986) классификациясида келтирилган ВКВ ўлчамлари асосида белгилаш бемор болаларда мавжуд қон кетиш хавфини аниқлаб беришда етирли эмас. Чунки 3 ёшли боланинг ошқозони ёки қизилўнгачи веналаридаги 0,1 мм ёки ундан катта варикоз кенгайишини катта ёшдаги 0,3 мм ёки ундан катта варикоз кенгайиши билан таққослаб бўлмайди. Бошқача қилиб айтганда болалардаги 0,1 мм.ли варикоз кенгайиш катталардаги 0,3 мм.ли варикоз кенгайишдаги қон кетиш хавфини бериши мумкин.

ТАЛОҚНИНГ ТРАВМАТИК ШИКАСТЛАНИШЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ ТАХЛИЛИ

Туракулов З.Ш., Исаков Н.З., Тожиддинов Ш.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг **Долзарблиги:** Талоқ шикастланишининг асосий сабабларидан бири турли хил этиологияли травмалар хисобланади. Қорин бўшлиғининг жароҳатлари оқибатида талоқнинг жароҳатланиши, қорин бўшлиғи аъзоларининг барча шикастланишлари орасида 16% ни ташкил қилади. Қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳати билан талоқнинг шикастланиши хилма-хил хусусиятга эга бўлиши мумкин: жарроҳлик даволанишни талаб қилмайдиган талоқнинг шикастланишлари, кўкарган ёки майда субкапсуляр гематомаси, талоқнинг бирламчи ёрилишлари ва жароҳатлангандан кейин бир неча кун ёки ҳатто ҳафталар ўтиши мумкин бўлган кеч ёки иккиламчи ёрилишлари, талоқ гематомаларининг йиринглашидан тортиб то шикастланган аъзони хаёт фаолияти тўлиқ бузуилганлиги оқибатида талоқниг олиб ташлаш даражасида намоён бўлиши мумкин.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Тадқиқотнинг мақсади: Қорин бўшлиғининг жароҳатлари оқибатида талоқнинг травматик шикастланишлари диагностикаси ва даволаш натижаларини таҳлил қилиш. Тадқиқот материали ва усуллари: 2015 йилдан 2022 йилгача РШТЎИМ АФ Болалар жарроҳлиги бўлимида даволаган қорин бўшлиғининг жароҳатлари оқибатида талоқнинг травматик шикастланишлари бўлган 45 нафар беморда даволаш натижалари ўрганилди. Беморларнинг ёши 5 ёшдан 18 ёшгача. Беморларни қабул қилишда стандарт физик ва лаборатория текширувлари, УТТ, қорин бўшлиғи умумий рентгенографияси, гемодинамик барқарорлик баҳоланади зарурат бўлганда диагностик лапароскопия ўтказилди.

Тадқиқод натижалари: Қон йўқотиш ҳажми тахминан ўртача 320 мл ни ташкил этди. Жарроҳликнинг ўртача давомийлиги 57 минут. Реанимацияда бўлиш муддати 1-17 кунни ташкил этди. Талоқ шикастланишлари орасида капсула ости гематомаси 28 нафар, талоқ капсуласининг шикастланиши: талоқнинг кичик хажмдаги ёрилиши 9 нафар, талоқнинг эзилиши 5 нафар, талоқ қон томирларини шикастланиши 3 нафар беморларда қайд этилган.

Дастлабки 6 соат ичида 17 нафар бемор операция қилинди, биринчи кунда 7 нафар бемор, қабул қилинган кундан бир кундан кўпроқ вақт ичида - 4 нафар бемор оператив даволанган. Беморлар ҳолатининг оғирлашиш сабаблари орасида геморрагик шок ва унинг оқибатлари, травма оқибатида миянинг жиддий травматик шикастланиши мавжуд. Ташхисий лапароскопия 16 нафар беморда (40%), 8 нафар беморларда талоқни олиб ташлаш жарроҳлик амалиётлари ўтказилган.

Шифохонада талоқ жароҳатланиши билан ётиб даволанаётган беморлар 7-38 кун давомида кузатилган.

Хулоса: Шундай қилиб, олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, талоқ шикастланган ва шикастланмаган беморларда қорин бўшлиғининг ёпиқ травмасида клиник кўриниш ўхшашдир. Қорин бўшлиғи жароҳатлари натижасида талоқнинг шикастланиши билан оғриган беморларни даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш қорин бўшлиғидаги шикастланишлар орасида талоқнинг травматик шикастланишини ташхислаш ва даволаш қийин иш деган **Хулосага** келишга имкон беради.

АРГТ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕД 2 ТИПИ КОМОРБИДЛИГИНИНГ ИФОДАЛАНИШ ЧАСТОТАСИ.

Ж.Х.Турсунов, Н.С.Мамасолиев., Х.Х.Турсунов
Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг **Долзарблиги.** Артериал гипотензия (АргТ) юқумли бўлмаган касалликлар орасида етакчи ўринни эгаллайди ва уларнинг минтақавий ўзига хос хавф омилларининг шаклланишидаги ҳиссаси бўйича “юқори поғоналарни” эгаллайди. АргТ,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



тиббий амалиётда кенг учрашига қарамасдан, кам ўрганилган ва айниқса популяция даражасида жуда кам тадқиқ этилган касаллик ҳисобланади. Чунончи, фермерлар популяциясида ушбу касалликнинг эпидемиологиясига бағишланган тадқиқотлар бугунги кунгача бажарилмаган. Артериал гипотензияни қандли диабет билан коморбидлигини ифодаланишини ўрганиш муҳим амалий аҳамият касб этади.

Тадқиқотнинг мақсади. Артериал гипотензия(АрГТ)ни фермерлар популяциясида қандли диабет 2 типи коморбидлигини ифодаланиш частотасини ўрганишдан иборат

Тадқиқотнинг материали ва методлари. Репрезентатив танлов асосида тадқиқотда 2182 та фермерлик билан шуғулланувчи аҳоли иштирок этди. Барча популяция – субъектлар тадқиқотга

Киришидан аввал хабардор қилинганлик ҳақидаги розилик хатини имзоладилар. Уларнинг ёши 18 дан 70 ёшли ва ундан ортиқ бўлган.Тўлиқ текширувга жалб қилинган фермер-популяция қуйидагича тавсифланди: 1) 18-70 ёшли ва ундан ортиқ бўлганлар – 2182 та (эркаклар -1069 та ва аёллар -1113 та), жумладан 18-30 ёшдагилар - 435 та (эркаклар -236 та ва аёллар 199 та), 31-49 ёшлилар -1143 та (606 та эркаклар ва 537 та аёллар), 50-69 ёшдагилар – 549 (эркаклар -194 та ва аёллар -335 та) ва ≥ 70 ёшлилар – 55 та (эркаклар-33 та ва аёллар -22 та).

Тадқиқот натижалари. Текшириш натижасига кўра, қандли диабетнинг 2-типига алоқадорлик билан артериал гипотонияни умумий фермер популяцияда аниқланиш частотаси 6,0% ни ташкил қилди (аёлларда -40,0% ни ва эркакларда эса -60,0%) ($P < 0,05$). Бу натижа, асосан ҚД-2 типининг декомпенсация босқичи билан боғлиқ бўлса керак деб мулоҳазага келиш мумкин ёки таҳлилларда бу ўз тасдиғини топди. Баён қилинган рақамли таҳлилдан яна шу **Хулоса** келиб чиқади-ки, ҚД 2-типи билан касалланган эркаклар ва аёлларда боғлиқлик билан АрГТ қуйидагича тарқалиш частотаси билан исботланди: 18-30 ёшлиларда - 50,0 ва 50,0% фоиздан, 31 – 49 ёшда - 62,5 ва 37,5% ($P < 0,05$), 50-69 да - 0,0 ва 0,00 фоиздан, 70 ёшда ҳам - 0,0 ва 0,00 фоиздан. АрГТ ҚД 2-типи бўлган аҳоли орасида 20,0% (18-30 ёшда), 80,0% гача (31-49 ёшда) аниқланиш частотаси билан, яъни 4 бараварга ортганлик билан ифодаланди ($P < 0,001$).

Хулосалар.

Фермерлар популяциясида артериал гипотензиянинг специфик изолирланган симптомлари алоҳида сезиларли ва хавфли бўлиб аниқланмайди. Доимо артериал гипотензия “коморбид касалликлар” билан жумладан қандли диабет 2 типи билан қўшилиб кечади, 31-49 ёшлиларда юқори частота билан учрайди ва асоратлар хавфини келтириб чиқаради.

2.АрГТ ни юқорида қайд этилган клиник кечиш хусусиятларини ва коморбидлик фони тавсифларини ҳисобга олиш, касаликка оид профилактика, даволаш ва эрта ташхислашнинг янги алгоритмлари ва технологияларини ишлаб чиқишда аҳамият касб этади.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



АРГТ ВА “НОХОС СИМПТОМЛАР” КОМОРБИДЛИГИНИНГ ИФОДАЛАНИШ ЧАСТОТАСИ.

Ж.Х.Турсунов, Н.С.Мамасолиев.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги

Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг **Долзарблиги.** Артериал гипотензия (АргТ), тиббий амалиётда кенг учрашига қарамасдан, кам ўрганилган ва айниқса популяция даражасида жуда кам тадқиқ этилган касаллик ҳисобланади. Чунончи, фермерлар популяциясида ушбу касалликнинг эпидемиологиясига бағишланган тадқиқотлар бугунги кунгача бажарилмаган.

Тадқиқотнинг мақсади. Артериал гипотензия (АргТ) ни фермерлар популяциясида “нохос симптомлар” коморбидлигини ифодаланиш частотасини ўрганишдан иборат

Тадқиқотнинг материали ва методлари. Репрезентатив танлов асосида тадқиқотда 2182 та фермерлик билан шуғулланувчи аҳоли иштирок этди. Барча популяция – субъектлар тадқиқотга

Киришидан аввал хабардор қилинганлик ҳақидаги розилик хатини имзоладилар. Уларнинг ёши 18 дан 70 ёшли ва ундан ортиқ бўлган. Тўлиқ текширувга жалб қилинган фермер-популяция қуйидагича тавсифланди: 1) 18-70 ёшли ва ундан ортиқ бўлганлар – 2182 та (эркаклар -1069 та ва аёллар -1113 та), жумладан 18-30 ёшдагилар - 435 та (эркаклар -236 та ва аёллар 199 та), 31-49 ёшлилар -1143 та (606 та эркаклар ва 537 та аёллар), 50-69 ёшдагилар – 549 (эркаклар -194 та ва аёллар -335 та) ва ≥70 ёшлилар – 55 та (эркаклар-33 та ва аёллар -22 та).

Тадқиқот натижалари. АргТ билан беморларда унинг учун “нохос симптомлар” ҳам қайд қилинади ва аксарият, улар ошқозон-ичак тизими ва сийдик ажратиш аъзолари касалликлари аломатларидан иборат бўлади ёки улар АргТ га коморбид омиллар ҳамда симптомлар тўплами фонини ташкил этишади. АргТ учун “нохос симптомлар” коморбидлиги фермер-аҳоли популяциясида қуйидаги частоталарда тасдиқланди: бел оғриғи-4,6%, кўнгил айниши - 8,0%, ке **Кириши** - 8,5%, зарда бўлиш -11,2%, қайт қилиш -11,8% ва номунтазам овқатланиш билан боғлиқ келиб чиқадиган қорин оғриғи - 39,6% ($P<0,01$).

Хулосалар. 1. АргТ ни юқорида қайд этилган клиник кечиш хусусиятларини ва коморбидлик фони тавсифларини ҳисобга олиш, касалликка оид профилактика, даволаш ва эрта ташҳислашнинг янги алгоритмлари ва технологияларини ишлаб чиқишда аҳамият касб этади.

Фермерлар популяциясида артериал гипотензиянинг специфик изолирланган симптомлари алоҳида сезиларли ва хавфли бўлиб аниқланмайди. Доимо артериал гипотензия “коморбид касалликлар”, “коморбид хавф омиллари” ва “нохос симптомлар” билан қўшилиб кечади ва асоратлар хавфини келтириб чиқаради.



БОЛОЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА ТИРСАК БЎҒИМИНИ ЖАРОХАТДАН КЕЙИНГИ ВАЛЬГУСЛИ ҚИЙШИҚЛИГИНИ ЗАМОНАВИЙ ЖАРРОХЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Убайдуллаев Ш.Ф., Ходжанов И.Ю., Касымов Х.А., Матанов З.М., Ниматов Ф.С.,
Эдилов У.А

Республика Ихтисослаштирилган Травматология ва Ортопедия Илмий-Амалий Тиббиёт
Маркази ДМ.

Болалар ва ўсмирларда тирсак бўғимини қийшиқлиги тирсак бўғими функциясини бузилишига, тирсак бўғимида ҳаракат чекланишига, билак нерви невритига олиб келади. Болалар ва ўсмирларда тирсак бўғимини жароҳатдан кейинги вальгусли қийшиқлигини даволаш ҳозирги кунда травматология ва ортопедиянинг долзарб муоммаларидан бири бўлиб қолмоқда. Тирсак бўғимини вальгусли қийшиқлиги келтириб чиқарадиган асосий сабаблардан бири елка суяги бўғим юзи бошчаси сохта бўғимидир. Болаларда елка суяги дистал қисми синишлари адабиётларда келтирилишича барча суяк синишларини ўртача 18-24% ни ташкил қилади.

Мақсад: Болалар ва ўсмирларда тирсак бўғимини жароҳатдан кейинги вальгусли қийшиқлигини клиникада ишлаб чиқилган янги жаррохлик йўли билан даволаш орқали олинадиган натижаларни яхшилаш.

Текширишнинг предмети ва усули: РИТОИАТМ Умумий ортопедия бўлимида 2019-2023 йиллар давомида Болалар ва ўсмирларда тирсак бўғимини жароҳатдан кейинги вальгусли қийшиқлиги ташхиси билан 32 та бемор даволанди. Кузатувда бўлган беморлар ёши 5 ёшдан 17 ёшгача. Кузатувдаги беморлар жароҳатдан кейин 2-8-йилдан сўнг мурожат қилиб келишган. Беморларга асосан яшаш жойида биринчи ёрдам кўрсатилган гипс боғламда даволанган ёки оператив даволанган. Ўғил болалар 17та, киз болалар 15 тани ташкил қилади. Ўнг томонлама жароҳат асорати 14 та, чап томонлама жароҳат асорати 18 та беморда кузатилган. Бу беморларнинг барчаси Рентген, МСКТ, ЭНМГ текширувларидан ўтказилди. Бўлимда даволанган 32 та беморларни барчасида оператив муолажа ўтказилди. Оператив даволанган 32 та бемордан 13 тасида бир босқичли операция (Сохта бўғим резекцияси винтлар ёрдамида остеосинтез ва елка суягини дўнглари устидан коррексияловчи остеотомияси ва Илизаров аппаратида остеосинтез қилиш) амалиёти бажарилди, 5 та (Сохта бўғим резекцияси ва елка суягини дўнглари устидан коррексияловчи остеотомияси ва Илизаров аппаратида остеосинтез қилиш) амалиёти бажарилди. 14 та беморда икки босқичли операцияни биринчи босқичи а) 8 та беморда сохта бўғим резекцияси ва винтлар ёрдамида остеосинтез қилиш б) 6 та беморда сохта бўғим резекцияси ва Илизаров аппаратида остеосинтез қилиш амалиётлари бажарилди. 12-14 суткаларда жароҳатдаги чоклар олинди. Винтлар ёрдамида остеосинтез қилинган беморлар 3 ҳафтадан сўнг тирсак бўғимида актив ва пассив ҳаракатларга руҳсат берилди. Илизаров аппарати қўйилган беморларда Илизаров аппарати 8-10 ҳафтада ечилиб тирсак бўғимида актив ва пассив ҳаракатларга руҳсат берилди.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Натижалар: Яқин ва узоқ натижалар 3 ойдан 2 йилгача бўлган вақт оралиғида ўрганиб чиқилди. Олинган натижалар уч баллик шкалада бахоланди. Яхши натижалар 92 %ни ташкил қилди, қониқарли натижалар 8% ни, қониқарсиз натижалар кузатилмади.

Хулоса: **Хулоса** қилиб айтганда Болалар ва ўсмирларда тирсак бўғимини жароҳатдан кейинги вальгусли қийшиқлигини даволаш хозирги кунда **Долзарблигича** қолмоқда. Асоратли ҳолатларнинг келиб чиқиши асосан тирсак бўғимида контрактура билан боғлиқ. Бу асосан беморларни Илизаров аппарати ечилгандан сўнг тирсак бўғимини харакатлантирмаслиги билан боғлиқ. Болалар ва ўсмирларда тирсак бўғимини жароҳатдан кейинги вальгусли қийшиқлигини Клиникамизда ишлаб чиқилган даволаш усули ўз оптималлигини кўрсатмоқда. Бу усулни юқоридаги жароҳатларда қўллаш, қўл ўқини тўғирлашга,билак нерви невритини олдини олишга, тирсак бўғими функционал ҳолатини тўлиқ тиклаш имконини беради.

ТУРЛИ САБАБЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗЛАРИНИНГ ШАКЛЛАНИШИ ВА ТАРҚАЛИШИНING ЁШГА БОҒЛИҚЛИКДА 21 ЙИЛЛИК ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ.

Умрзоқов О.Т., Мамасолиев Н.С., Асқаров И.Р., Хакимов Н.С., Каландаров М.

Андижон давлат тиббиёт интитути

Долзарблиги. Ҳозирги вақтда, жигар циррози мультидисциплинарли ёндашувни, яъни, бир вақтни ўзида турли иқтисосликдаги шифокорлар кучини бирлашишиниталаб этувчи сурункали касаллик сифатида қаралади. Шундай ёндашув билангина, касалликни олиб бориш тактикасини оптимиллаштириш мумкин бўлади. Акс ҳолда, тадқиқотчилар олган маълумотлар буни тасдиқ-лайдики, “стеатотоз-стеатогепатит-фиброз-цирроз-гепатоцел-люлар рак” йўли “занжирланиб” давом этади ва жигар континууми хавфи кескин ортади. Жигар циррозига мутахассисларнинг мультидисциплинар жамоасини жалб қилини-ши беморларга амалий тиббиётнинг биринчи бўғинида тиббий ёрдам кучини ва сифатини оширади, ёки айнан шундай мақсадни кўзда тутади.

Изланишнинг мақсади. Турли сабабли жигар циррозларининг шаклланиши ва тарқалишининг ёшга боғлиқликда 21 йиллик эпидемиологик тавсифини ўрганиш.

Изланиш материаллари ва усуллари. Тадқиқотга 18-74 ёшли, Анди-жон давлат тиббиёт институти клиникаси бўлимларида сўровномали, биоким-ёвий, инструментал, функционал ва аутопсия усуллари билан тасдиқланган сурункали гепатит ва жигар циррози билан 2000-2020 йилларда даволанган бемор эркак ва аёллар популяцияси (4585та) ўрганиб чиқилди.

Изланиш натижалари. Эркакларнинг турли ёш диапазонларида, бундай ўзгаришлар тафовут билан қуйидагича тарқалиш частоталарида ифодаланди ва тасдиқланди: 18 ёшгача бўлганларда – 11,76 ва 0,00 фоиздан ($P < 0,001$), 18 – 29 ёшда – 21,32 ва 0,87 фоиздан камайиш билан ($P < 0,0001$); 30 – 44 да – 10,29 ва 41,74 фоиздан ($P < 0,001$); 45 – 59



да – 14,71 фоиз ва 23,48 фоиздан ортиш билан ($P < 0,05$); 60 – 74 да – 8,82 ва 12,17 фоиздан ўсиш билан ($P < 0,05$); 75 – 89 да – 0,74 ва 0,00 фоиздан камайиш билан ($P < 0,05$) тавсифланди. Аёлларда эса, <18 ёшгача аёллар популяциясида – 5,77 ва 0,00 фоизда ($P < 0,001$); 18 – 29 да 10,58 ва 2,75 фоиздан камайиш билан ($P < 0,001$); 30 – 44 да – 9,62 ва 24,77 фоиздан ($P < 0,01$); 45 – 59 да – 13,46 ва 20,18 фоиздан ($P < 0,05$); 60 – 74 ёшда 12,50 ва 21,10 фоиздан ($P < 0,05$); 75 – 89 да – 0,00 ва 1,83 фоиздан ($P < 0,5$) ўсиш билан тавсифланди. Умуман, ЖЦ ни аёллар популяциясида ёшга боғлиқ ҳолда тафовутланиб ва эволюцияланиб бориши статистик таҳлилда ўз тасдиғини топди.

Хулоса. Андижон аҳолиси популяцияси таҳлили бўйича, жигар циррозини 21 йиллик ўсиши ва ўзгаришлари кучли ифодаланган ёшлар гуруҳи бўлиб, 18 - 74 ва 75 - 89 ёшлар ҳисобланади ва бундан **Хулоса** қилиш мум-кинки, жигар циррози эпидемиологияси, ёшга боғлиқ хос жиҳатларга эга.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ОМИЛЛАР

Ўрмонбоева Д.А., Зияева С.Т.

Андижон давлат тиббиёт институти

**Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт
маркази Андижон филиали**

Муаммонинг **Долзарблиги:** Ҳозирда сўт беzi саратони аёлларда учрайдиган касалликлар орасида биринчи ўринда туради. Унинг келиб чиқишида бир неча асосий омиллар мавжуд бўлиб, жумладан, бачадон ва тухумдонлар яллиғланиши, бўқоқ касаллиги, жигар хасталиклари, носоғлом турмуш тарзи (ичиш, чекиш, гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш, камҳаракатлилиқ, нотўғри овқатланиш каби) сабаб бўлади. Бу ҳайз жараёнларининг бузилиши, кўп аборт қилдириш, жинсий фаолиятнинг издан чиқиши, қаттиқ сиқилиш ҳамда стрессга тушиш ҳолатларидир.

Изланиш мақсади: Аёлларда кўкрак беzi саратонини олдини олиш ва ушбу хасталикка чалинганларда яшаб кетиш эҳтимоллигини ошириш чора – тадбирларини ишлаб чиқишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари: Биз ўз олдимизга қўйган мақсадимизни амалга ошириш учун Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт марказига кўкрак беzi саратони хасталиги билан муурожаат қилиб келган бемор аёллардан 60 нафарини ажратиб олдик. Улар 2022 – 2023 йиллар орасида марказга муурожаат қилиб келганлар ҳисобланишади.

Изланишдан олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: Текширувга олган беморларимизда сўт беzi саратони ривожланишидаги хавф омилларини қуйидаги учта асосий гуруҳга бўлдик: Унга кўра, аёл организмнинг репродуктив (кўпайиш) фаолияти билан боғлиқ омиллар (хайз, жинсий, фарзанд кўриш, лактация фаолиятлари); аёллар жинсий



аъзоларининг ҳамроҳ касалликлари ушбу касалликнинг ривожланишида муҳим омил бўлади; шунингдек, генетик омиллар (ота ва она авлодларида хавfli ўсмалар, айниқса кўкрак беzi саратони билан оғриган инсонларнинг бўлганлиги) ҳамда аёл организмнинг бошқа ҳамроҳ касалликлари, яъни организм эндокрин – модда алмашинуви ҳолатларини бузилишига олиб келувчи патологик жараёнлардан иборат бўлди.

Текширган беморларимиздаги ушбу хавф омилларидан, аёлларда хайз кўриш 12 ёшдан эрта кузатилиши, ёки аксинча, хайз циклининг кеч тўхташи, яъни менопауза кузатилиши ҳам (55 ёшдан сўнг), ушбу касаллик билан хасталаниш эҳтимолининг икки баробар ортишига сабаб бўлар экан. Шунингдек, жинсий ҳаётнинг кеч бошланиши, биринчи фарзандни 35 ёшдан кейин кўриш, кўп сўнъий абортлар (айниқса биринчи ҳомиладорликни), сўт безларида мастит бўлиши каби омиллар ушбу касаллик билан оғриш эҳтимолининг ортишига олиб келиши текширувларимиздан маълум бўлди.

Илмий изланишга текширув мақсадида олинган аёлларда, жинсий аъзоларнинг касалликлари, масалан сурункали яллиғланишлар, тухумдон кистаси, бачадон миомаси, эндометриоз каби касалликлар ҳам хавф омилларини юзага келтириши маълум бўлди.

Илмий изланишларимиз кўрсатишича, ушбу касалликнинг ривожланишида керагидан ортиқ вазн, психоэмоционал тоқатсизлик, жисмоний фаолликнинг пастлиги, носоғлом ҳаёт тарзини кечириш, зарарли одатлар, яъни тамаки чекиш, алкоголь истеъмол қилиш ҳолатлари ҳам кўкрак беzi касаллиги ривожланишиг олиб келиши маълум бўлди.

Хулосалар: Бу касалликка чалинган беморни ташхислаш ва даволашда ҳар бирига индивидуал ёндашилади. Аввало, уларнинг руҳий қуввати сўсайишига йўл қўймасликка жиддий қаралади. Чунки хавfli ўсма ташхиси ҳақида эшитиш – бу энди ҳаммаси тугади дегани эмас! Аксинча, умид ва ишонч, ҳаётга бўлган муҳаббат кучли бўлса, дард ҳам ортга чекина бошлайди.

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛУНГАЧ ТЕШИГИ ЧУРРАСИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАР ДИАГНОСТИКАСИДА ЭФГДС ВА РЕНТГЕН ТЕКШИРУВИНИНГ РОЛИ

1Ўроқов Ш.Т., 2Холиқов Ф.Й.

1Бухоро давлат тиббиёт институти, 2РШТЎИМ Бухоро филиали.

Долзарблиги: Ёш ўтган сайин мўскул ҳамда боғлов тизимидаги атрофик ёки дегенератив ўзгаришлар натижасида организмнинг умумий тонуси сустлашади, шу жумладан қизилўнгачнинг боғлов тизими заифлашиб, диафрагма тешиги кенгая бошлайди. Ушбу жараёнга қўшимча омилларнинг қўшилиши, яъни қорин бўшлиғида босимнинг ошиши диафрагма чурраларини келтириб чикаради. Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурралари бу қорин бўшлиғида жойлашган айрим аъзоларнинг маълум сабабларга кура кўкрак қафасига чиқишидир. Кўпгина холларда кўкрак қафасига қизилўнгачнинг дистал ва ошкўзоннинг проксимал қисмлари чиқади. Шунинг учун ҳам юқорида қайд этилган чурра тури 50 ёшдан кейинги кишиларнинг 50% да учрайди.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Ёшларда эса боғлов тизими ва ёғ тўқимасининг бутунлиги ошқозон қисмининг кўкрак бўшлиғига ўтишига етарлича тўсқинлик қилиши сабабли ушбу патологик ҳолат анча камроқ аниқроғи 5% гача учрайди.

Тадқиқот мақсади: Ўткир холецистит диафрагманинг қизилунгач тешиги чурралари билан бирга келган ҳолатларда диагноз қўйиш ва даволаш натижаларини самарадорлигини ошириш.

Тадқиқот материали ва усуллари. 2018-2022 йиллар давомида Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалининг шошилинич хирургия бўлимларида ўткир холецистит диафрагманинг қизилунгач тешиги чурраси ташҳиси билан даволанган 80 нафар беморда олиб борилган изланиш натижалари олинган. Шулардан 24 бемор 45-59 ёш (ўрта ёш), 56 бемор 60-89 ёш (кекса ва қарилик ёши) ни ташкил қилди.

80 беморнинг барчаси жигар ва ўт йўллари УТС ва ЭФГДС ёрдамида текширилган. УТС билан текширилган беморларнинг 61 (76,25%) нафарида ўткир тошли холецистит белгилари аниқланди. Қолган 19 (23,75%) беморда ўткир тошсиз холецистит белгилари аниқланди.

Шу нарсага алоҳида эътибор беришимиз керакки, ЭФГДС ёрдамида текширганда беморларнинг 50 (62,5%) нафарида ўткир холецистит билан биргаликда 3-4-даражали диафрагманинг қизилунгач тешиги чурралари кузатилиб, 30 (37,5%) нафар беморларда эса ўткир холецистит билан 1-2 даражали кардиоэзофагал зона етишмовчилиги аниқланди.

Ташхисот ва даволаш тактикасини такомиллаштириш мақсадида ўткир холецистит диафрагманинг қизилунгач тешиги чурралари билан бирга келган беморлар кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи Тределенбург ҳолатида R-графияси қилинди. Беморларнинг 48 (38,1%) нафарида 3-4-даражали диафрагманинг қизилунгач тешиги чурралари тасдиқланди ва симултант операциялар бажарилди.

Хулоса: Ўткир холецистит диафрагманинг қизилунгач тешиги чурралари билан биргаликда келган беморларда қорин соҳасидаги оғриқлар билан бир қаторда умумий ҳолсизлик ва диспептик симптомлар (доимий кунгил айниши ва қусиш,) тўш орти соҳасидаги оғриқ ва оғирлик ҳисси устунлиги билан кечди. Олиб борилган илмий изланишлар натижасида ушбу беморларга ташхис қўйиш ва даво тактикасини танлашда ЭФГДС ва рентген текшируви асосий ўринни эгаллайди.

ГИЁХВАНДАНД МОДДАЛАРНИ ҚАБУЛ ҚИЛГАН ШАХСЛАРДА СУИЦИД ХОЛАТЛАРНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Усманова М.Б, Маматвалиева Ш,С, Абдукодилова З.Б.

Анджон Давлат Тиббиёт Институти

Долзарблиги: Гиёхвандлик ва ичкиликбозлик муаммоси ҳозирги кунда ер юзидаги барча давлатларнинг ташвишига айланиб колди. Маълумотларга караганда,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



бугунги кунда жахонда 200 млн дан ортик киши гиёхвандликка дучор булган. Дунеда содир этилаётган жиноятларнинг 57%-ни бевосита гиёхвандлик билан шугулланувчилар амалга оширади. Бу муаммони хар биримиз кайси сохада ишлашимиздан катъий назар хал килишга ендашмогимиз лозим.

Текширув максади: РШТЎИМ Андижон филиали булимларида 2004-2005 йилларда даволанган суицидентларнинг психопатологик холатлари урганилди. Утказган текширишларимиздан маълум булдики, уз жонига қасд қилган шахсларда суицид холатлари шошилиш вазиятда руй берган. Биз бу муаммони моддий ва маънавий катта зарар етказаетганини, тиббий ҳамда ижтимоий-иктисодий ахамиятга эгаллигини хисобга олиб тугалланмаган суициддан кейинги психопатологик холат, ва уларда шошилиш ердан беришнинг авфзал томонларини урганишини уз олдимизга мақсад қилиб қуйганмиз.

Текширув натижалари ва усуллари: Биз жами 105 та суицидентни текширдик, улардан 38 таси - 36,1% эркеклар, 67 таси – 63,8% аёллардир. Суицидентлар орасида 15-29 ёшли – 70 та – 66,6%, 31-40 ёшли – 27 та – 25,7%, 41-45 ёшли – 3 та – 28%, 46-55 ёшли – 4 та – 3,8%, 60-70 ёшли – 1 та – 0,9% аниқланди.

Биз кузатган суицидентлар ичида гиёхванд (7,0%) ва спиртли ичимликларни суистемол қилган шахслар аниқланди. Гиёхванд шахсларда абстинент холатдан чиқаётган пайтда ўткир рухий бузилишлар кузатилади. Асосан чуқур депрессия холати кузатилади. Уларда кайфият пастлиги, ўйқусизлик, юрак сиқилиши, гамгинлик бўлади. Беморларда сиқилиш хисси, айбдорлик ўмидсизлик, ўзига кам баҳо бериш ва гунохкорлик хиссининг бўлиши беморларнинг рухий ахволини таранглаштиради. Мана шу пайтда уларда ўз жонига қасд қилиш холатлари кўп учрайди. Барчамиз суицид холатларини олдини олишда бундай беморларни ўз вақтида аниқлаб, тугри ташхислаб даволашимиз лозимдир.

Хулоса: Психопрофилактикани асосан стационарда даволаётган гиёхванд шахсларда, абстинент холатларда утказиш муҳимдир. Чунки психопрофилактика гиёхванд беморларда суицид холатларни олдини олишда ёрдам беради.

СУИЦИДЕНТЛАРДА ТУГАЛЛАНМАГАН СУИЦИДДАН КЕЙИНГИ ЮРАК ҚОН ТОМИР ДИСФУНКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ.

Усманова М.Б, Ҳайитбоев Д.У, Қайимжонов О.З, Акрамов Ғ.С.

Психиатрия ва наркологиya кафедраси

Андижон Давлат Тиббиёт Институти

Кириши. Суицид холатлар ҳозирги вақтда долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Бу муаммо ер юзининг ҳамма контингентида тарқалгандир. ВОЗ маълумотига кўра 20018 йил 1 млн. одам ўз жонига қасд қилиб ўлган. Уз жонига қасд қилмоқчи бўлганлар 20 млн. ташкил қилади. Охириги 50 йил ичида дунё бўйича суицид сони 60% ташкил қилади.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Текширишнинг мақсади: тугалланмаган суициддан кейинги суицидентларда юрак қон томир дисфункциясини даволаш ва профилактикаси.

Текширув материали ва услублари. Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг Андижон филиали «Токсикология» булимида 2006-2007 йилларда даволанган тугалланмаган суицид ҳолатдан кейинги суицидентларни психопатологияси урганиб чиқилди.

Текшириш натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Текширув йилларида утказилган суицидентларнинг ёши ва жинси уртасидаги узаро боғланиш урганилганда, ходисаларнинг энг кўп учраши эркак ва аёллар 15-29 ёшлилар гуруҳида қайд этилган. Суицидентлар орасида 15-29 ёшли 70 та – 66,6%; 31-40 ёшли 27та – 25,7%; 41-45 ёшли 3 та – 2,8%; 46-55 ёшли 4 та – 3,8%; 60-70 ёшли 1 та – 0,9% аниқланди.

Маълум булишича суицидентларда суициддан олдин рухий бузилишлардан тажавузкорлик, безовталиқ, ваҳима, қурқув, импульсивлик, аффе́кт, онг торайиши билан бир қаторда қон томир тизимида ҳам узгаришлар булиши аниқланди, асосан тахикардия, аритмия, қон босимининг қутарилиши, қалтираш, эт жунжиқиши, қузн склераси ва юзнинг қизариши, юрак соҳасида ёқимсиз оғриқлар сезиши қузатилади. Тугалланмаган суициддан кейинги тематик беморларни текширганимизда 27,0% да психопатологик бузилишлар ва 25,0 % да ички органлар функциясида, айниқса юрак қон- томир тизимида узгаришлар рўй беради. Булар вегетатив узгаришлар: тери оқариши, қуриши, қон босимининг тушиши (гипотония), брадикардия. Бу суицидент ҳаёти учун хавф тугдиради. Бундай беморларга шошилич ёрдам қурсатиш ва ҳаётини сақлаб қолиш муҳимдир. Бу беморлар дезинтоксикацион, седатив дорилар билан бир қаторда психотерапия қабул қилган.

Хулоса: Тугалланмаган суициддан кейинги суицидентларда психопатологик бузилишлар билан бир қаторда юрак қон-томир дисфункцияси қузатилади.

ПАРАТОНЗИЛЛЯР АБСЦЕСС КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВО САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ.

Н.А Усмонова., К.К Косимов
Андижон давлат тиббиёт институти

Замонавий тиббиётнинг муваффақиятларига қарамай, ҳали ҳам паратонзилляр абсцесс билан оғриган беморлар сонининг кўпайиши тенденцияси мавжуд ва ПТА ҳалқумнинг йирингли жараёнлари орасида биринчи ўринда туради. ПТА беморнинг ҳаётига жиддий таҳдид солади, чунки у тананинг эндоген интоксикацияси ва сепсис, бўйин флегмонаси ёки медиастинит, катта томирларнинг эрозияси ва ўлимга олиб келиши мумкин (ЗатолақаП.А. вабошқ., 2018; СаковичА.Р., 2021); КадачО. О., 2022; ҲайдараА. 2019; АксеноваА. В. вабошқалар, 2016;КрюковаА. И. вабошқалар, 2021).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Паратонзилляр абсцесс замонавий оториноларингологиянинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, муҳим ижтимоий ва тиббий аҳамиятга эга. Мазкур касалликнинг этиологияси ва патогенези тўғрисидаги тасаввурларимизнинг кенгайишига, унинг диагностикаси ва даволашдаги муваффақиятларга қарамай, бу касалликни ривожланишидаги айрим механизмларнинг тутган ўрни тўлиқ аниқланмаган.

Ишнинг мақсади: Паратонзилляр абсцесс билан касалланган беморларда сорбцион ва антиоксидант терапия биргаликда қўллаш орқали комплекс даволаш натижаларини ошириш.

Материал ва текширув усуллари: Тадқиқот учун биз Андижон давлат тиббиёт институти клиникаси оториноларингология бўлимида 138 нафар беморларни кузатдик. Беморларнинг ўртача ёши 18 ёшдан 49 ёшгача беморларни текширдик. Беморлар икки гуруҳга бўлдик Асосий гуруҳга 88 та бемор ва 50 та бемор назорат гуруҳга бўлинди. Асосий гуруҳдаги беморларга аъънавий даво чоралари килинди. Асосий гуруҳдаги беморларга эса ишлаб чиққан комплекс даво чоралари кўрилди. Шунингдек, паратонзилляр абсцесс билан касалланган беморлар дастлаб абсцесс очилиб резинали трунда қўйилди. Сўнгра маҳалий сорбент шимдирилган салфетка кунига 2 маҳал абсцесс очилган жароҳат устига 5 дақиқа давомида қўйилди. Шунингдек умумий давога антиоксиданттерапия ҳам қўшилди. Иккинчи кундан беморларда тана ҳарорати меъёрлашди, ютинишда оғриқ бир оз камайди, оғиз бўшлиғидаги тризм йўқолди. Учинчи кундан эса беморларда паратонзилляр абсцесс очилган жароҳатдан йирингли ажралма чиқиши камайди ва атроф тўқималардаги шиш ҳам камайишни бошлади. Асосий гуруҳдаги беморлар назорат гуруҳдаги беморларга нисбатан соғайиши тез кузатилди.

Хулоса. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, паратонзилляр абсцесс билан касалланган беморларга ишлаб чиққан комплекс даводан кейин беморлар эрта соғайиши кузатилди. Аъънавий даво чоралари кузатилган беморларга нисбатан назорат гуруҳдаги беморлар 3 кун эрта соғайиши кузатилди. Шунингдек 90 % беморларнинг аҳволи яхшиланди ва ушбу касалликни қайталаниши камайди .

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ТУҒИШ ЁШИДАГИ АЁЛЛАР ЎРТАСИДА ЦИСТИТ КАСАЛЛИГИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

Я.Ғ.Усманова, М.Б.Бойқўзиева.

Андижон Давлат Тиббиёт Институти

Мавзуни асослаш: Цистит – бу қовуқ шиллиқ пардасининг яллиғланиши бўлиб, одатда аёллар циститга кўпроқ чалинади. Ер юзидаги аёлларнинг, деярли, ярми ҳаётида бир марта цистит бўлиб ўтган. Кўпинча бу касаллик 25 дан 30 ёшгача ёки 55 ёшдан ошган аёлларда кузатилади. Инфекция юқишидан – патоген бактериялар чов териси юзасидан, қин шиллиқ қаватидан, тўқималардан ва ичақдан пешоб йўлига кириб, юқорига



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



кўтарилади ва қовуққа тушиб яллиғланади.Дорилар, радиация, захарли, кимёвий моддалар, паразитлар, аллергия таъсирида бўлиши мумкин.Лимфа томирлари орқали танадаги сурункали инфекция ўчоқларидан ўтиши мумкин. Циститга олиб келувчи омиллар:танадан совуқ ва заҳ ўтиши,гигиена қоидаларига риоя қилмаслик, ҳомиладорлик, туғиш, аёлларда менопауза, простата безининг яллиғланиши, жароҳатлар, уретрада тиббий манипуляциялардан кейин,қандли диабет, семириш, ўтроқ ҳаёт тарзи,кўп миқдорда аччиқ, шўр ва спиртли ичимликларни истеъмол қилиш. Циститнинг белгилари қориннинг пастки қисмида оғирлик,оғриқ, пешоб вақтида оғриқ, ачишиш ва ёниш ҳисси,лойқаланган ва кам миқдорда тез- тез пешоб,сийдикда шиллиқ ва қон пайдо бўлиши, пешоб чиқаришга ёлғон ва оғриқли истак, пешоб тутолмаслик, тана ҳароратининг кўтарилиши.

Мақсад: Бирламчи тиббий санитария ёрдами муассасаларида 25-35 ёшли аёллар ўртасида цистит касаллигини олдини олиш ишларини сифатини яхшилаш.

Вазифалар: Поликлиника шароитида Цистит касаллигини олдини олишда бир қатор муаммолар мавжуд. Оила шифокорининг вазифаси касаллик келтириб чиқарувчи хавф омилларини аниқлаш ва бартараф қилиш ҳақида аёлларни билим савиясини ошириш.

Текширув усуллари: Далварзин МФЙ да ўтказилди. Текширувимизга 36 нафар 25-35 ёш бўлган аёллар жалб қилинди. Текширув усули сифатида махсус ишлаб чиқарилган, 3 та пункт ва 10 та саволларни ўз ичига олган анкета сўровномасидан фойдаланилди.

Қатнашчилар орасида аввал 1-чи анкета сўровномаси ўтказилди. Сўнгра ушбу қатнашчиларга оила шифокори томонидан Цистит касаллигини келтириб чиқарувчи хавф омиллари, клиник белгилари, касаллик асоратлари, профилактика тадбирлари ҳақида маъруза қилинди.Маърузадан сўнг 2-чи анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар:қуйидаги натижаларга эришилди: 1-чи анкета сўровномасида жами 12(33,3%) киши, 2-чи анкета сўровномасида 34(94,4%) киши жавоб берди. Текширувимиз натижаси шуни кўрсатдики, аёллар Цистит касаллиги тўғрисида етарли даражада маълумотга эга эмас. Бунга сабаб бирламчи тиббий бўғинда аҳоли ўртасидаа профилактик ишларини яхши олиб борилмаганидир

Хулосалар: Бирламчи тиббий бўғинда бирламчи – профилактика, патронаж ишларини сифат даражаси паст.Текширувлар натижаси шуни кўрсатиб турибди-ки, аёллар цистит касаллигини келтириб чиқарувчи хавф омиллари, клиник белгилари, касаллик асоратлари ва профилактикаси ҳақида етарли маълумотга эга эмас.

Тавсиялар: Ҳар бир ОП шароитида Оила шифокори ва патронаж хамшира томонидан аёллар ўртасида цистит касаллик ҳақида интерактив усулда маърузалар ўқиши мақсадга мувофиқдир.Цистит касаллигини эрта аниқлашда аёлларга сўровнома ўтказиш усулидан фойдаланиш яхши натижа беради. Касалликни эрта аниқлаш ва олдини олиш сифатини оширишда команда билан ишлаш орқали яхши натижага эришиш мумкин.:



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



АНДИЖОН ШАХАР ҚЎШАРИҚ ДАХАСИ АҲОЛИСИНИНГ СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИГА ЁНДАШУВИ

Усманова Я.Ғ, Рахматова М.М.
Андижон Давлат тиббиёт институти

Долзарблиги:.. Хозирги кунда мамлакатимизда аҳолининг юқумсиз касалликлар билан касалланиш оқибатидаги ўлим кўрсаткичи рўйхатини биринчи ўрнини ЮҚТ касалликлари (59,3%), иккинчи ўринни нафас аъзолари касалликлари(4,7%), учинчи ўринни онкологик касалликлари(9,5%) эгаллаб келмоқда (2020й). БЖССТ мамлакатимиздаги ваколатли ходимларининг берган тавсияларига кўра ушбу касалликларни илдизи ҳисобланган носоғлом турмуш тарзи, нораціонал овқатланиш, зарарли одатларни бартараф этиш орқали ўлим кўрсаткичи ва ногиронликни сезиларли даражада пасайтириш мумкин. Соғлом турмуш кечирish соғлом ҳаётнинг яхлит ифодаси экан, рационал овқатланиш ана шу яхлитликнинг бир бўлагидир. Рационал овқатланиш кўплаб касаллик ва касаллик олди ҳолатларини энг яхши профилактикаси ҳисобланади. Мақсад: Андижон вилояти Андижон шаҳар Қўшариқ даҳасида яшовчи турли ёш ва жинсдаги аҳолининг турмуш тарзи ва рационал овқатланиши борасидаги маълумотларини баҳолаш

Материал ва услублар: Кузатув ишлари Андижон шаҳар 3-ОПда, яъни Қўшариқ даҳасида яшовчи аҳолиси орасида олиб борилди. Ишни олиб боришда олдимизга қўйилган вазифамиз:

1. биринчи – беморларнинг амбулатор карталари ф-025/у, диспансер назорати карталари ф-030/у, ОП нинг ҳисобот формаларини кўриб чиқиш орқали юқумсиз касалликлар билан бир хонадонда биттадан кўп касалланган вакил бўлган оилаларни танлаб олиш
2. Ана шу оила аъзолари орасида сўровнома ўтказиш Олдимизга қўйилган вазифанинг биринчи босқичида 55та оила танлаб олинди ва соғлом ҳаёт тарзини ёритиб берувчи саволлардан иборат сўровнома ўтказилди. Сўровномаларда қатнашган оила вакилларининг ёши 18- 60 ёшни ташкил этди. Сўровномамизда 55 та оиланинг хар биридан вакил сифатида, 1-2нафар оила аъзоси, жамми 55 киши иштирок этди. Уларнинг 15 таси эркаклар (27,2%), ва 40 таси (72,8%) аёллар эди. Ёш гуруҳлари бўйича 10 киши (18,8%) 60 ёшдан юқори, 20 киши(37,6%) 40-59ёшда, қолган 25 киши (44,6%) 18—39 ёшни ташкил килди.

Натижа ва таҳлиллар: Кузатувимиздаги аҳоли ўртасида ўтказган сўровнома натижаси шуни кўрсатдики 32% респондентлар соғлом турмуш тарзи ва рационал овқатланиш борасида етарли билимга эгадирлар, 30% аниқ билимга эга эмаслар яъни соғлом овқатланиш бу яхши, “бой дастурхон” тарзида овқатланиш деб ўйлайдилар, 7% бу мавзуга қизиқиш билдирмадилар ва 30% киши рационал овқатланишни соғлом турмуш тарзига алоқаси йўқ деб ҳисоблаб, уларни яқдилликда тушина олмайдилар. Шулардан келиб чиқиб, Оила шифокорларини керакли материаллар (мавзуий роликлар, буклетлар,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



қўлланма, расми информацион журналлар, соғлом овқатланиш пирамидаси ифодаланган санблютень, қоғоз, ручка) билан таъминлаган ҳолда, аҳолини сўровномада иштирок этган респондентларига суҳбатлар ташкил қилинди ва бу масalani кенг ёритиш ишлари олиб борилди. Суҳбатлар якунида қайта сўровнома ўтказилди. Натижа шуни кўрсатдики, респондентларимизнинг соғлом ҳаёт тарзи борасидаги маълумотларида 98,1% гача ўсиш кузатилди.

Хулоса ва тавсиялар:

1. Аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзига қизиқиш катта ва уни ривожлантириш лозим.
2. Аҳолининг 40-59 ёш орасидаги қатламининг жисмоний фаоллик даражасини янада ошириш имкони бор.
3. Соғлом ҳаёт тарзи қоидалари ҳақида аҳолини хабардор қилиш аҳолини ўз соғлиғи юзасидан маъсулликни ривожлантиради.
4. Аҳолига соғлом ҳаёт тарзи бўйича маълумот беришнинг энг самарали усули бу-Оила шифокори ва патронаж хамшираларнинг аҳоли орасига кириб боришидир

ТИББИЁТ ТАЛАБАЛАРИГА СИМУЛЯЦИОН ТЕХНОЛОГИЯ АСОСИДА ПСИХИАТРИЯ ФАНИНИ ЎҚИТИШ БЎЙИЧА ТРЕНИНГ

**Фозилжонов О.Ш., Аграновский, М.Л., Абдуқодирова З.Б., Мўминов Р.Қ.
Андижон Давлат Тиббиёт Институти**

Кириши. Мамлакатимизда психиатрияни ўқитиш учун симуляция тарзида амалиёт машғулоти ўтишда рўйхатга олинган беморлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ саналади. Бу Кафедрамизда психиатрияни симуляция тренингидан фойдаланган ҳолда биринчи тадқиқотдир. Ушбу тадқиқотнинг мақсади кафедрада бакалаврият талабаларига психиатрияни ўқитишнинг янги усулини тақдим этиш ва унинг мақсадга мувофиқлиги ва дастлабки самарадорлигини баҳолашдан иборат. Биз моделлаштириш учун депрессия психозини танладик, чунки ушбу синдром бугунги кунда кенг тарқалган ва ҳатто талабалар орасида ҳам учраб туради.

Изланиш мақсади. Ушбу тадқиқотнинг мақсади кафедрада бакалаврият талабаларига психиатрияни ўқитишнинг янги усулини тақдим этиш ва унинг мақсадга мувофиқлиги ва дастлабки самарадорлигини баҳолашдан иборат.

Изланиш материаллари ва усуллари. Биз олдимизга қўйилган вазифани бажариш учун АДТИ психиатрия ва наркологиya кафедрасига Психиатрия, наркологиya ва тиббий психологиya фанини ўзлаштириш учун келган жами 30 нафар талабаларга тегишли фандан амалиёт машғулотларини ўтиш учун симуляцион технологияларни қўлладик.

Тренингни ўтказиш учун мутахассис психиатрлари таклиф қилинди ва психиатрик бакалаврият талабалари ўқитилди беморларни симуляция қилиш ўйини (Спс) бир кунлик амалиёт машғулотида ўтилдим. Психиатрия фанини ўзлаштирган барча талабалар (n= 30)



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



клиник депрессияни баҳолаш бўйича қисқа дидактик маъруза учун гуруҳларга бўлинган ва кейин навбат билан 3-4 кишидан иборат гуруҳларда 5 та сценарийга мувофиқ ва депрессия белгилари бўлган симуляция қилинган бемор билан суҳбатлашишни сўраган. Талабалар симуляция машғулотидан олдин ва кейин "депрессияни баҳолаш ва даволашда ишонч" сўровномасини (картасини) тўлдирдилар ва бепул матн шаклида ёзма фикр-мулоҳазалар билдирдилар.

Изланиш натижалари. Бакалаврият талабалари битта маслаҳатчи билан биргаликда олти соатлик машғулотдан сўнг симуляция машғулотларини ўтказдилар. Талабаларнинг ишонч кўрсаткичлари ўртача 15.90 дан 20.05 гача ($95\% \text{ CI} = 2.58 - 5.71$) $t(20) = 5.52$, ($p > 0.0001$) симуляция асосидаги машғулотдан сўнг ошди. Бепул матннинг шарҳлари умуман ижобий бўлди ва талабалар бу "фойдали", "ёқимли" ва "ишончни ошириш" эканлигини таъкидладилар.

Ушбу тадқиқот натижалари талабаларда психиатрия фанни шакллантирувчи ва якуний баҳолаш воситасини яратишга қаратилган бўлади. ушбу технология методологиясида жами 72 кишидан иборат 2 гуруҳга бўлинган тиббиёт талабаларидан таркиб топган. Талабалар сентябр 2022 сентябр ва октябр ойларида амалиёт машғулотларига келган талабалардан иборат бўлди.

Психиатрия бўйича маслаҳатчилар ушбу клиник хизматлар учун, шунингдек психиатрия бўйича бакалаврият ва аспирантларни тайёрлаш учун жавобгардир. Психиатрия кафедрасида ҳар йили 500 га яқин тиббиёт талабалари таҳсил олишади, улар 5-курсда психиатрия бўйича 16 кунлик курсни ўтайдилар.

Ҳар бир иштирокчидан 78 соатлик психиатрик симуляция машғулотларини бажариш, кайфият бузилиши, безовталиқ, овқатланиш бузилиши, чегара бузилиши, гиёҳванд моддаларни суиистеъмол қилиш ва шизофрения билан ишлаш сўралади.

Хулоса. Шундай қилиб, бакалаврият талабаларига руҳий касалликлар фанидан керакли маълумотларни эгаллашлари учун, уларда шифокорлик қобилиятларини шакллантиришни ва психиатриядан билим ва кўникмаларини янада кенгроқ ривожлантириш учун замонавий симуляцион технологиялар бизга катта самарадорликни беради.

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТЛАРНИ, ХАЛҚ ТАБОБАТИНИНГ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ БИЛАН МАҚСАДЛИ ВА САМАРАЛАИ ТЎЛДИРИШНИНГ ЯНГИ ЙЎНАЛИШЛАРИ

Хакимов Н.С., Асқаров И.Р., Мамасолиев Н.С., Қаландаров Д.М., Курбонова Р.Р.
Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясида ва Президент Ш.М.Мирзиёевнинг бошқа қатор Қарор ва Фармонларида анъанавий тиббиётни халқ табобатининг усуллари билан мақсадли ва самарали тўлдиришнинг янги йўналишларини



яратиш ҳақида амалий фаолиятга жорий қилиш масалалари долзарб илмий ва амалий мавзу қилиб белгиланган. Ўсимликлар асосида янги дори препаратларни яратиш ва излаб топиш ҳаракати, фармакологик фаоллиги кўламли ва иқтисодий мақбул бўлган, айниқса, гепатитларни даволаш учун - давом этдирилмоқда. Халқ табобатини замонавий тиббиётга интеграциялаш бўйича олиб борилган тадқиқотларни таҳлил қилиш давомида аён бўлдики, ушбу йўналишда олиб борилаётган илмий ишлар натижасида янги даволовчи воситалар ишлаб чиқилган.

Изланиш мақсади. Сурункали гепатитлар анъанавий фармакотера-пиясининг замонавий имкониятларини, халқ табобатининг даволаш усуллари билан мақсадли ва самарали тўлдириш.

Изланиш материаллари ва усуллари. Клиник тадқиқотлар клиник шифохонада (Анджон давлат тиббиёт институтини ўқув базаси), “Олтин водий табиати” М.Ч.Ж. (Жалақудуқ туманида) ва “Интернист Шифо” ХК (Анджон шаҳри) шифохоналарида даволанган беморларда ўтказилди. Текширув база-ларида даволанган 18 дан 75 ёшгача бўлган 40 та сурункали гепатит билан беморларда, профессор И.Р.Асқаров томонидан халқ табобати соҳасида яратилган, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан рўйхатга олинган, “Аскальций”, “Шифои Мархабохон” ва “Асшифо” табиий озик-овқат қўшилмалари (ООҚ) қўлланилди ва уларнинг самара-дорлиги ўрганилди. Барча популяцияда клиник, биокимёвий, инструментал текширувлар ва таҳлиллар ўтказилди.

Изланиш натижалари. ООҚ (“Аскальций”, Шифон Мархабохон” ва “Асшифо” препаратлари) даво курси қўлланилгандан кейин, гемоглобинни 7,4 фоизга ўсиши кузатилди, эритроцитлар миқдори 6,6 фоизга ошган, лейкоцитлар миқдори 2,4 фоизга ва ЭЧТ – 10,8 фоизга камайган.

Шундай тенденция қоннинг биокимёвий кўрсаткичларида ҳам тасдиқ-ланди. Олинган натижалар таҳлили ишончли тасдиқладик, ООҚ фойдаланил-гандан сўнг, биокимёвий кўрсаткичларни қуйидагича ўзгаришлари тасдиқ-ланган: 1) Умумий қон таҳлиллари натижалари кескин яхшиланган; 2) АСТ 13,8 фоизга пасайган; 3) АЛТ 6,1 фоизга пасайган; 4) умумий билирубин 9,2 фоизга камайган; 5) умумий оқсил статистик сезиларли даражада 7,9 фоизга ошган ($P < 0,05$).

Хулоса. Сурункали гепатитларни даволашда, “Аскальций”, “Шифои Мархабохон” ва “Асшифо” ООҚ ни анъанавий терапия билан интеграциялаш орқали ижобий натижаларга эришиш мумкин.

БРОНХИАЛ АСТМА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ГЕРОНТОЛОГИК ЙЎНАЛИШЛАРИ

Холикова Н.А., Мамасолиев Н.С., Соипова Г.А., Мамасолиева Ш.А.
АндДавТИ ва РШТЎИМ АФ, Ўзбекистон

Тадқиқотнинг мақсади – проспектив эпидемиологик мониторингда бронхиал астманинг (БА) профилактикасини геронтологик йўналишларини ўрганиш ва баҳолаш.



Тадқиқот материали ва усуллари. РШТЁИМ АФ бўлимларида даволаниш қўрсини ўташган жами 357 та кекса ёшли (60 – 74 ёш гуруҳи) аҳолида 20 йиллик ретроспектив эпидемиологик мониторинг ўтказилди. GINA (2009) мезонлари билан БА ва унинг хатар омиллари баҳоланди.

Олинган натижалар ва **Хулосалар.** Тадқиқот давомида кекса ёшли аҳоли популяциясида БАнинг хатар омилларининг эпидемиологик тавсифи ва 20 йиллик эволюциясининг ўзига хос хусусиятлари аниқланди.

20 йиллик эпидемиологик мониторинг натижалари шуни кўрсатдики, жами хатар омиллари аҳолининг 60 – 74 ёш гуруҳи (кексалар) орасида аниқланиш частотаси 11,28 % дан (2001) 18,55 % гача (2020) бўлди ва ушбу хатар омилларининг 7,27 % ёки 1,6 баробарга ортганлигининг билдиради ($P < 0,05$). Мониторинг йилларида хатар омиллари ўртача қўйидаги тарқалиш частотасида кузатилади: атопияга ирсий мойиллик – 0,28 %, семизлик – 22,1 %, аллергик омиллар – 24,6 %, юқумли агентлар – 23,2 %, касбий омиллар – 23,2 %, аэрополлютантлар – 6,4 %.

20 йиллик эпидемиологик мониторинг муддатида мазкур популяцияда илк ва якуний текширув натижалари БА хатар омилларининг тарқалиш частоталари ва ўзгаришлари қўйидагича бўлганлиги тасдиқланди: атопияга ирсий мойиллик – 0,7 %, 0,00 %; семизлик – 21,5 % ва 22,5 % (1,0 % ўсиш билан); $P < 0,05$; аллергик омиллар – 25,2 %, 24,3 % (0,8 % ўсиш билан; $P < 0,05$), юқумли агентлар – 21,5 %, 24,3 % (2,8 % ортиш билан; $P < 0,05$), касбий омиллар – 21,5 %, 24,3 % (2,5 % га кўпайиш билан; $P < 0,05$), аэрополлютантлар – 9,6 %, 4,5 % (5,1 % камайиш билан; $P < 0,05$).

БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ НОАТОПИК ШАКЛИНИ ФАРҶОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА КЕЛИБ ЧИҚИШИНИНГ НИСБИЙ ЭХТИМОЛИНИ ОШИРУВЧИ ОМИЛЛАР (проспектив эпидемиологик текширув натижалари бўйича)

**Холикова Н.А., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Мамасолиев Ш.А., Усмонов Б.У.
АнддавТИ ва РШТЁИМ АФ, Ўзбекистон**

Тадқиқотнинг мақсади – бронхиал астманинг ноатопик шаклини (НАБА) келиб чиқишининг хавфини оширувчи хатар омилларини (ХО) Фарғона водийси шароитида аниқлаш ва баҳолашдан иборат.

Тадқиқот материали ва усуллари. 2001 – 2020 йилларда ўтказилган ретроэпидемиологик тадқиқотда 2222 та бронхиал астма билан беморлар комплекс текширувда (эпидемиологик, клиник, биохимик, инструментал) таҳлил қилинди ва баҳоланди. ЖССТ ва GINA мезонлари қўлланилди.

Тадқиқот натижалари ва **Хулосалари.** Тадқиқот натижаларидан НАБА ривожланиши ва кечишини эрта башоратлашда фойдаланиш мумкин. Андижоннинг 18 – 90 ёш популяциясида НАБА келиб чиқишининг нисбий эҳтимоли қўйидаги (I майдон ХО) хавф



омилларига боғлиқ холда юқори даражада ошиши исботланди: 18 – 4 ёш гуруҳи (RR = 0,4; CI = 0,4 – 0,7; $\chi^2 = 4,5$; P = 0,03), 45 – 59 ёш гуруҳи (RR = 0,7; CI = 0,6 – 1,0; $\chi^2 = 4,2$; P = 0,04), ирсий мойиллик (RR = 0,8; CI = 0,7 – 1,3; $\chi^2 = 4,2$; P = 0,04), аллергиялар (RR = 1,4; CI = 1,2 – 1,9; $\chi^2 = 4,5$; P = 0,04), юқумли аллергиялар (RR = 1,8; CI = 1,6 – 2,4; $\chi^2 = 4,2$; P = 0,04).

НАБА га нисбатан кам, ўртача хавф даражаси қуйидаги хавф омиллари (II майдон ХО) билан боғлиқ холда юзага келди: 60 – 74 ёш гуруҳи (RR = 1,0; CI = 0,8 – 1,3; $\chi^2 = 4,1$; P = 0,04); касбий омиллар (RR = 1,5; CI = 1,3 – 1,9; $\chi^2 = 4,1$; P = 0,04), аэрополитантлар (RR = 0,8; CI = 0,7 – 1,0; $\chi^2 = 4,1$; P = 0,04), коморбидлик (RR = 1,3; CI = 1,1 – 1,7; $\chi^2 = 4,1$; P = 0,04), семизлик (RR = 2,4; CI = 2,1 – 3,1; $\chi^2 = 3,9$; P = 0,05).

Прогностик таҳлиллар шуни кўрсатдики, қуйидаги хавф омиллари НАБА келб чиқиш эҳтимолини етакчи хавф омилларига нисбатан 7,4 баробар кам юзага келтиради (III майдон ХО): 75 – 90 ёш гуруҳи (RR = 2,6; CI = 2,1 – 3,5; $\chi^2 = 3,1$; P = 0,08), эркак жинси (RR = 1,22; CI = 0,72 – 2,04; $\chi^2 = 0,59$; P = 0,44), аёл жинси (RR = 0,82; CI = 0,49 – 1,38; $\chi^2 = 0,59$; P = 0,44).

ҚАРИЯ ЁШДАГИ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ ХАТАР ОМИЛЛАРИНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ (кўп йиллик кузатув натижалари)

Холикова Н.А., Мамасолиев Н.С., Курбонова Р.Р., Каландаров Д.М., Соипова Г.А.
АндДавТИ ва РШТЎИМ АФ, Ўзбекистон

Тадқиқотнинг мақсади – бронхиал астманинг (БА) хатар омилларини қария ёшдаги аҳолида эпидемиологиясини ўрганиш ва 20 йиллик эволюциясини аниқлашдан иборат.

Тадқиқот материали ва усуллари. 20 йиллик проспектив эпидемиологик тадқиқотга 203 та қария ёшдаги (75 – 90 ёшлилар) БА билан беморлар жалб қилинди ва таҳлил қилиниб ўрганилди. БА ва унинг хатар омилларини ташхислашда ҳамда баҳолашда GINA (2009) мезонлари қўлланилди.

Олинган натижалар ва **Хулосалар.** Олиб борилган таҳлиллар қария ёшдаги аҳоли популяциясида жами хатар омилларини тарқалиш частотаси 20 йилда деярли ўзгармай бир хил даражада – 8,6 % (2001) ва 8,3 % (2020) қолганларини кўрсатди.

Ушбу популяцияда 20 йиллик кузатув давомида хатар омиллари қуйидагича учраш частоталарида аниқланди: атопияга ирсий мойиллик (АИМ) – 0,0 %, семизлик – 22,7 %, аллергия омиллар – 26,1 %, юқумли агентлар – 22,2 %, касбий омиллар – 22,7 % ва аэрополитантлар – 6,4 %.

2001 – 2020 йилларда хатар омиллари қуйидаги аниқланиш частоталари в ўзгаришлар билан қайд этилди: АИМ – 0,00 ва 0,00 %, семизлик – 21,4 % ва 24,0 % (2,6 % ортиш билан; P < 0,05), аллергия омиллар – 27,2 % ва 25,0 % (2,2 % камайиш билан; P < 0,05), юқумли агентлар – 19,4 % ва 25,0 % (5,6 % ортиш билан; P < 0,05), касбий омиллар – 20,4 % ва 25,0



% (4,6 % ортиш билан; $P < 0,05$), аэрополютантлар – 11,7 % ва 1,0 % (10,7 % камайиш билан; $P < 0,05$).

Ушбу натижаларни ҳисобга олган холда хатар омилларининг бирламчи (дорисиз) ва иккиламчи (дорили) профилактикаси амалга оширилганда БА назорати камида 80 %га ортади.

ПАРҲЕЗ ОВҚАТЛАНИШНИНГ ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА САМАРАДОРЛИГИ

Шамуратова Н.Ш, Зокирходжаев Ш.Я, Дусчанов Б.А.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Урганч, Ўзбекистон

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Ҳозирги кунда ер куррасида қандли диабет билан оғриган беморлар сони (2009 йил маълумотига кўра) 285 миллиондан ортиқ кишини ташкил этади. 2030 йилга бориб улар сони 438 миллионга етиши мумкин. Кўплаб илмий текширишларга қарамасдан, бу касалликнинг аниқ сабаблари ҳамон тўлалигича ўрганилмаган.

Қонда қанд миқдори меъеридан ошган одамларда ҳолсизлик, чанқаш, иш қобилятининг пасайиши, оғиз қуриши, суюқликни меъеридан ортиқча истеъмол қилиш, иштаҳанинг ошиши, кўп миқдорда сийдик ажратиш, яраларнинг секин битиши каби белгилар кузатилади. Айтиб ўтилган белгиларни олдини олиш ва даволаш учун қуйидаги тадбирларни амалга оширишимиз даркор: 1) парҳез овқатланишга амал қилиш 2) жисмоний машқлар билан шуғулланиш 3) қонда қанд миқдорини туширувчи таблеткалар қабул қилиш 4) инсулин ёрдамида даволаш.

Даволаш тадбирлари орасида парҳез овқатланиш етакчи ўринлардан бирини эгаллаб, бемор қандни туширувчи таблеткалар ёки инсулин қабул қилганда ҳам унга амал қилиши лозим. Қандли диабетга чалинган кишилар учун парҳез таомнома тузишда нон бирлигидан фойдаланилади. Озиқ – овқат маҳсулотларининг таркиби ва сифатидан қатъий назар 1 нон бирлигида 12-15 грамм енгил ҳазм бўладиган углевод сақловчи озиқ маҳсулоти бўлади. Қандли диабетга чалинган беморлар кунига 5-6 марта, аниқ бир вақтда овқатланишлари лозим. Бемор организмида кўп витаминларнинг, айниқса А, С, В, РР витаминлар камайиши кузатилади ва буни олдини олиш учун таомнома таркиби витаминлар, микро ва макроэлементларга бой бўлган маҳсулотлардан тузилиши лозим. Айниқса витамин А етишмаслиги беморларда тери ва шиллиқ қаватларининг қуришига ва организмнинг инфекцияга қарши чидамлилигининг пасайишига олиб келади. Шунинг учун беморлар рациониди витамин А миқдори 4 мг дан ортиқ бўлиши керак. Таомномада витамин А ва каротин кўп бўлган маҳсулотлардан – жигар, қизил сабзи ва петрушкадан кўпроқ фойдаланиш зарур. Қандли диабетга чалинган беморлар таомномасини тузишда озиқ-овқат маҳсулотларининг гликемик индекси ҳам муҳим амалий аҳамиятга эга. Юқори гликемик индексга эга озиқ-овқатлар қонда қанд миқдорини жуда тез кўтарилишига олиб



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



келади, кичик индексли озиқ-овқатлар қонда қанд миқдорини секин оширади. Бунга сабаб улар таркибидаги углеводларни аста-секинлик билан сўрилиши ҳисобланади. Қандли диабетга чалинган беморларга қуйидаги озиқ-овқатлар тавсия этилади: қора ёки диабетлар истеъмол қиладиган махсус нон – кунда 200 гр; ёғсиз мол гўшти, балиқли ёки сабзавотли шўрвалар-ҳафтада 2 марта; ёғсиз мол ёки терисидан ажратилган товуқ гўшти (кунда 100 гр) ёки балиқ маҳсулотлари (кунда 150 гр) қайнатилган ёки димланган ҳолда; бошоқли, дуккакли ва макарондан тайёрланган таомлар истеъмолини чегаралаш (уларни истеъмол қилган кунларда нон миқдорини кескин камайтириш). Бошоқли маҳсулотлардан жавдар ва гречка (маржумак), баъзан буғдой, перловка ёки гуручли таомлар (улардан тайёрланган бўтқалар ёғ алмашинувини яхшилади ва жигар фаолиятини меъёрлаштириб, унда ёғ ўтиришини камайтиради). Нордон, ширин-нордон мевалар (олма, апелсин, лимон, олхўри, маймунжон, наъматак ва бошқалар) кунда 200-300 гр гача. Қандли диабет касаллигида мунтазам сабзавотларни истеъмол қилиш фойдали ҳисобланади. Қандли диабет касаллигида энг фойдали сабзавотлардан бири топинамбур ҳисобланади. Унинг таркибида асосан инсулин моддаси бўлиб, у қондаги қанд миқдорини меъёрлаштиради ва холестерин миқдорини ҳам камайтириб, юрак-қон томир системаси, ошқозон –ичак тизими касалликларини ва семизликни олдини олишда муҳим аҳамиятга эга. Қандли диабетда парҳез овқатланиш рациониди топинамбурнинг тугунакларидан қайнатилган ва димланган ҳолда истеъмол қилиш тавсия қилинади.

ГЕПАТИТЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Шерқўзиева Г.Ф., Шарипова С.А., Қобилжонова Ш.Р., Бахриддинова М.Н

Тошкент тиббиёт академияси

Дунёда энг кенг тарқалган, учраши буйича ўткир респиратор вирусли инфекциялар ва ўткир ичак юқумли касалликларидан кейин учинчи ўринда турувчи касаллик вирусли гепатит А ҳисобланади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига кўра ҳар йили 1,5 миллионга яқин одамлар вирусли гепатит А билан касалланади. Вирусли гепатит А билан касалланиш энг кўп 2 ёшдан 7 ёшгача бўлган болаларда кўп учраши билан характерланади. ВГА бошқа жигар касалликлари орасида етакчи ўринни эгаллайди ва барча вирусли гепатитларнинг 65-75 фоизини ташкил қилади. Вирусли гепатит А касаллигининг тарқалиши Африка ва Жанубий Осиёда энг юқори кўрсаткичларда бўлиб, у 100 минг аҳолига нисбатан 500-600 кишини ташкил этади. Россияда охириги йилларда Вирусли гепатит А нинг тарқалиши сезиларли даражада камайди ва ҳар 100 минг аҳолига 60-80 кишини ташкил этади. Гепатит А (юқумли сариқ касаллиги) қадим замонлардан бери маълум. Гепатит А вируси диаметри 27 нанометрга тенг бўлган микроорганизмдан иборатдир. Генетик белгилар бир спиралли РНКда сақланади. Бу вирус пикарнвирус оиласига мансуб ва энтеровируслар авлодига киради. Унинг битта антигени бор. Қайнатилганда 5 минут ичида ҳалок бўлади, ультрабинафша нурлари ҳам тезда ўлдиради. Эфир ва кислоталар таъсирини чидамли. Ҳар бир бола вирусли гепатит А га эмлангандан сўнг 15 йилгача иммунитет таранглиги сақланиб қолади. Вирусли гепатит А га эмлаш эффективлиги 95-98 %ни ташкил қилади. Шундай вазиятда аҳоли етарли водопровод суви



билан таъминланмаган бўлса ва шунингдек аҳоли яшайдиган жойларда канализация тармоқлари ўтказилмаган бўлса, касаллик осонгина тарқалиб кетади. Бунинг устига аҳолининг санитария маданияти паст бўлса, оддий санитария ва гигиена қоидаларига риоя қилинмаса гепатит янада тез тарқалади.

Юқордагилардан келиб чиққан холда биз аҳоли ўртасида умумий вирусли гепатитлар ва вирусли гепатит А нинг тарқалиш ҳолатини таҳлил қилдик ва қуйидаги натижаларни олдик: 2017-2020 йилларда кузатув интақасидаги аҳолида умумий вирусли гепатитларнинг тарқалиши: 2017 йил — 19 та (республика бўйича — 1320 та) ҳолат, 2018 йил — 6 та (республика бўйича — 1448 та), 2019 йил — 1 та (республика бўйича — 1075 та), 2020 йил эса 1 та ҳолат республика бўйича 298 та ҳолат аниқланди. Аҳоли ўртасида умумий вирусли гепатитлар ичида вирусли гепатит А нинг тарқалишини таҳлил натижалари эса қуйидагича: 2017 йил — 19 та (республика бўйича — 1320 та) ҳолат, 2018 йил — 5 та (республика бўйича — 1462 та), 2019 йил — 1 та (республика бўйича — 1051 та), 2020 йил эса 1 та ҳолат республика бўйича 287 та ҳолат аниқланди.

Юқоридагилардан шуни **Хулоса** қилиш мумкин: 2017 йил туман аҳолиси ўртасида ушбу касаллик энг кўп қайд этилган бўлса 2019-2020 йилларда энг кам аниқланган. Шу сабабли ушбу касалликнинг олдини олишда қуйидагиларга риоя қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади: овқатланишдан олдин ва ҳожатдан сўнг қўлларни совунлаб ювиш, мева ва сабзавотларни ювиб истеъмол қилиш, фақат қайнатилган сувни ичишга одатланиш, ҳожатхоналарни ошхона ва умумий хоналардан камида 25 метр узоқликда қуриш, ҳожатхоналар тешигининг қопқоқли бўлишига аҳамият бериш ва хлорли оҳак билан доимо зарарсизлантириб тўриш, пашшалар кўпайишига йўл қўймаслик, озиқ-овқат маҳсулотлари ва истеъмол қилинадиган сувни очиқ қолдирмаслик лозим.

БРОНХИАЛ АСТМАНИ ЭРКАКЛАРДА ФАРМАКОЭПИДЕ-МИОЛОГИЯСИ

Юлдашев Р.Н., Холикова Н.А., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев Ш.А., Каландаров Д.М.

АнддавТИ ва РШТЎИМ АФ, Ўзбекистон

Тадқиқотнинг мақсади — Андижон шароитида бронхиал астманинг (БА) фармакоэпидемиологиясини (ФЭ) эркакларда ўрганиш ва фармаконадзоратининг самарали йўллари аниқлашдан иборат.

Тадқиқот материали ва усуллари. 2001 — 2020 йилларда фармакоэпидемиологик мониторинг 1645 та БА билан беморларда амалга оширилди. Унга РШТЎИМ АФ да даволаниш қўрсини ўташган эркак — мижозлар жалб қилинди. БА ва даволаш жараёнини сифати GINA (2009) тавсиялари бўйича баҳоланди.

Тадқиқот натижалари ва **Хулосалари.** $\geq 18 - 90$ ёшли эркаклар популяциясида антиастматик препаратларни қўллаш частотаси қуйидаги кўрсаткичларга эга бўлди: ингаляционли глюкокортикостероидлар (ИГКС) — 63,2 %, антилейкостринлар



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



препаратлар (АЛП) – 20,0 %, давомли таъсир қилувчи бетаагонистлар (ДТБА) – 40,8 %, қисқа таъсир қилувчи препаратлар (КТБА) – 71,2 % базисли яллиғланишга қарши препаратлар (БЯҚП) – 26,4 %, ингаляционли антихолинэрилик препаратлар (ШАХП) – 34,4 %, қисқа таъсир этувчи теофилинлар (ҚТТ) – 72,8 % ва комбинирланган препаратлар (КП) – 50,4 %. 20 йиллик ФЭ мониторинг натижаларига кўра эркакларда эътиборга лойиқ холатлар аниқланади: ҚТТ энг кўп ва юқори частотада, нисбатан асосланмаган холда қўлланилади; астма хуружини шошилиш бартараф этиш учун буюрилган препаратларда номувофиқлик 27,2 % гача холатда кузатилади. Буларни ҳисобга олиш фармаконадзорат сифатини 100 % гача оширади.

Криптоген ва орфон жигар циррозини Андижон популяциясида тарқалиши ва 21 йиллик ўзгаришлари.

Юлдашев Р.Н., Мамасолиев Н.С., Асқаров И.Р., Хақимов Н.С., Мамасолиева Ш.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Жигар циррозининг (ЖЦ) ривожланиши учун зарур вақт хавф омилларига боғлиқ булиб, бу омилларни эрта аниқлаш, ҳамда уларни туза-тишдан иборат. Унинг асоратлари: ошқозон-ичак қон кетиши, спонтан бакте-риал перитонит, жигар энцефалопатия, буйрак етишмовчилигининг олдини олиш ва беморларни парваришlash учун жуда зарур ҳисобланади. Жигар циррози салбий ижтимоий-иқтисодий-тиббий оқибатлар билан бири-кади: ишсизлик, кам малакали иш ва вақтинчалик ишга яроқсизлик имконият-лари ортади. ЖЦ нинг 60 фоиздан кўпроғини криптоген циррозлар ташкил қилади. Шу билан боғлиқликда аҳоли орасида ЖДК ва уларнинг хавф омил-ларини профилактика қилиш сингари тузатиш тадбирлари, назорат ва эрта аниқлашнинг самарали усуллари илмий йўналишда назарий ҳамда амалий аҳамият касб этади.

Изланишнинг масқади. Криптоген жигар циррозини Андижон попул-яциясида тарқалиши ва 21 йиллик ўзгаришларини ўрганиш.

Изланиш материаллари ва усуллари. Тадқиқотга 18-74 ёшли, Анди-жон давлат тиббиёт институти клиникаси бўлимларида сўровномали, биоким-ёвий, инструментал, функционал ва аутопсия усуллари билан тасдиқланган сурункали гепатит ва жигар циррози билан 2000-2020 йилларда даволанган бемор эркак ва аёллар популяцияси (4585та) ўрганиб чиқилди.

Изланиш натижалари. Текширилган аҳоли популяциясида, криптоген жигар циррози (КЖЦ), яъни, табиати аниқланмай қолган циррознинг тарқа-лиш частотаси 39,1 фоизни ташкил қилди. Эркак ва аёлларда сезиларсиз тафо-вут билан 39,4 фоиз ва 38,7 фоиздан тарқалиш частоталарида қайд этилди ($P>0,05$). 21 йиллик эпидемиологик тренингда циррознинг ушбу турини 75 фоиздан 6,3 фоизга тафовутланиб аниқланиш частотаси билан кузатилиши тасдиқланди ($P<0,0001$). Охирги 5 йилда тарқалиш частотасида қиёсан кучли ифодаланиб, камайиб бориш тенденцияси кузатилди. Умуман баҳоланганда, КЖЦ нинг тарқалиш частотасини – 18,3 фоизган (2000 йилда) 11,2 фоизгача етиб, 7,1 фоизга ёки 1,6 баробарга камайганлиги аниқланди. $\geq 18-74$ ёшдаги умумий аҳоли популяциясида, орфон



ЖЦ нинг тарқалиш частотаси 10,7 фоиз кўрсаткичда тасдиқланди ва тарқалиш частотасини – 0,4 фоиздан (2000 йилда) 6,3 фоизгача (2020 йилда) ортиб бориши билан қайд қилинди ($P < 0,001$): худди шундай эпидемиологик тавсиф ва 21 йиллик ўзгаришлар гендерлик хос хусусиятларни ифодалаб, аёл ва эркекларда ҳам аниқланди.

Хулоса. Жами жигар циррозлари катта ёшдаги аҳолида 73,5 фоиз тарқалиш частотаси билан, КЖЦ, 39,1 фоизни, орфон ЖЦ нинг тарқалиш частотаси 10,7 фоиз кўрсаткичда тасдиқланди ва тарқалиш частотасини – 0,4 фоиздан (2000 йилда) 6,3 фоизгача (2020 йилда) ортиб бориши билан қайд қилинди ташкил қилди.

ПАЗАРИТАР КАСАЛЛИКЛАРНИ ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ФОНИДА КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

**Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Мавзунинг **Долзарблиги.** Бугунги кунга келиб Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг олдида турган ҳал қилиниши керак бўлган долзарб муаммоларидан бири бу дунёда пандемия кўринишида тарқалиб бораётган ОИТС касаллигини олдини олишдир. Хозирги вақтда ЖССТ дан олинган маълумотларига кўра дунё бўйича ОИВ инфекцияси билан яшовчилар сони 35 (33,2- 37,2) млн.дан ошди. Улардан 2,5 (1,6- 3,4) млн.и болаларни ташкил этади.

Паразитар касалликлар ҳам жамоат саломатлиги учун жиддий муаммо бўлиб қолмоқда. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг маълумотларига кўра, дунёда 2 миллиардгача одам ушбу касалликлардан азият чекмоқда. Паразитар касалликларнинг кўлами етарлича кенг тарқалган бўлиб, улар келтириб чиқарадиган патология кўпинча ногиронликка ва ҳатто ўлимга олиб келади.

Паразитар касалликлар билан касалланганлар асосан болалар ва аҳолининг энг фаол қисми меҳнатга лаёқатли фуқаролар эканлиги вазиятни янада кучайтиради.

Ўзбекистонда паразитар касалликларга чалинган беморларнинг сони 10 миллиондан ошади. Ушбу баёнотнинг тўғрилиги турли ҳудудларда ўтказилган махсус тадқиқотлар натижалари билан тасдиқланган, бу болаларда паразитар касалликларнинг ҳақиқий ҳолати расмий статистикадан анча юқори эканлигини кўрсатди. Паразитар касалликлар билан касалланган беморларнинг қайд этилган сони деярли барча грипп ва бошқа ўткир респираторли инфекциялари бўлган беморлар сонига тенг.

ОИВ - инфекциясига гельминтнинг қўшилиши эса беморнинг аҳолини янада оғирлаштиради. Шунинг учун ОИВ инфицирланган болада гельминт аниқланиши билан уни катта эътибор остига олиш керак ва даво чораларини ўз вақтида бошлаш керак. Шунини эътироф этиш лозимки, АРВТ бошлашдан олдин бола ва унинг оила аъзолари билан даво олиб бориш тартиби, қоидалари ҳақида суҳбат ўтказиш керак.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Ишнинг асосий мақсади: ОИВ фонда гельминтоз билан касаланган беморларни перспектив таҳлил қилиш. Паразитар касалликларни ОИВ-инфекцияси фонда кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материали, усуллари ва олинган натижалар: Ишнинг мақсадидан келиб чиқиб 2018-2019 йиллир давомида жами 407 нафар ОИВ-инфекциясига чалинган 3 ёшдан 15

ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар кузатувимизга олинган, булардан 194 таси ўғил болалар, 117 таси эса қиз болаларни ташкил қилган. Беморлар шифохонага келганда анамнестик маълумотларни тўла йиғиш, объектив текширув ҳамда клиник лаборатор таҳлил, қондаги вирус юкламаси ва СД4 хужайралари аниқланган.

Кузатувимизга олинган беморларда ОИВ –инфекцияси Андижон вилояти СПИДга қарши курашиш маркази томонидан тасдиқланган ва назоратга олинган беморлар бўлиб ҳисобланади.

Бу беморлар Андижон вилояти юқумли касалликлар шифохонасига ОИВ-инфекцияси ташхиси билан даволананишга келганда утказилган копрологик текширувда 158 (38,8%) тасида паразитар касаллик аниқланган, гельминтлардан асосан Лямблия, Аскарида, Острица ва гименолипа турлари учраши тасдиқланди. Касалликни клиник кечиши хусусиятларини урганиш мақсадида 408 та соғлом боларни паразитар касалликка текширилди ва 103 (25,2%) тасида гельминтоз аниқланди. ОИВ-инфекцияси фонда гельминтоз билан касалланганларни аксарияти 129 (81,64%) иштаҳани пастлиги, қоринда вақти-вақти билан оғриқ, ични бузилиши, кафиятни, уйқуни яхши бўлмаслиги, инжиқлик, кечалари оғиздан сулак оқиши, орқа пешов ва оралиқ соҳада қичишиш, болани озиб кетиши, терига тошмалар тошиши каби шикоятлар қилишган.

Кузатувдаги беморларда вирус юкламаси ва СД4 хужайралари аниқланганда ОИВ инфекцияси фонда гельминтоз билан касалланганларда бу курсаткичлар: вирус юкламаси 25874 та, СД4 хужайралар сони 248 тани ташкил қилган бўлса, паразитар касалликсиз кечган ОИВ инфекцияси беморларида бу курсаткичлар 15865 ва 359 та бўлган.

Хулоса қилиб ОИВ инфекцияси билан касалланган боларада паразитар касалликни учраши юқорилиги, вирус юкламасини ортиши ва СД4 лимфоцитлар сонининг камайиши аниқланди ва касалликни даволашда шифокор ҳамда бемор яқинларига қатор муаммоларни келтириб чиқарганлиги, бу муаммоларни бартараф қилиш учун эса ҳар бир беморни паразитар касалликларга текшириш ва ўз вақтида даволашни талаб этади.



ЧАП ҚОРИНЧА ДИАСТОЛИК ДИСФУНКЦИЯСИ АНИҚЛАНГАН ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СТАТИНЛАР ТАЪСИРИНИ АМАЛИЙ АХАМИЯТИ

Юсувалиев М.Д., Таштемирова И.М., Хўжамбердиев М.А.

Факултет терапия кафедраси

Андижон давлат тиббиёт институти

Кириши: Юрак ишемик касаллигининг ўсиб бориши билан бир қаторда, меҳнатга лаёқатли ёшларнинг бу касалликка чалиниши ва улар орасида ўлим ҳолатлари сезиларли даражада ошганлиги олимларни ташвишга солмоқда. Текширишлардан маълумки дислипидемия ЮИКнинг асосий мезонларидан бири ҳисобланиб, у атеросклероз ва МИ хасталиклари хавфини ортишига олиб келади. Юракнинг структуравий ва функционал ўзгаришининг жиддийлиги, юракнинг ишемик касаллиги билан оғриган беморларда сурункали юрак етишмовчилигининг ривожланиши учун хавф омиллари сифатида сақланиб қолган фракцияси ҳали ҳам очиқ. Кўп адабиётларда ва ҳозирги замон тиббиётида липидлар спектрига ижобий таъсир килувчи самарали дори воситаларидан бири статинлар деб айтилмоқда.

Илмий ишнинг мақсади: Чап қоринча диастолик дисфункцияси аниқланган юрак ишемик касаллиги билан хасталанган беморларда статинлар билан даволаш ўтказиш.

Текшириш материаллари ва текшириш усуллари: Текширув учун беморлардан 18 таси текширувга олинди. Беморларнинг ёши 29-59 ёшгача бўлиб беморларга ташхис ЮИК кўрсаткичларига асосланиб қўйилган. Беморларда клиник лаборатор текширишлар, ЭКГ, ЭХОКГ текширувлар ҳам ўтказилди. Биз текширувларимизда ЮИК кузатилган беморларга 12 hafta мобайнида одатий давога қўшимча равишда розувастатин 20 мг билан даволаш ўтказдик. Даволашдан сўнг олинган натижалар липидлар спектрини яхшиланганлигини кўрсатган.

Натижалар ва таҳлиллар: Бизнинг текширув натижаларимиз мобайнида қуйидагича натижалар олинди. II-гурухда УХС-6,1+0,1ммоль/л, назорат гуруҳга нисбатан 38,2%га ошган. ТГлар миқдори II-гурухда I-гурухга қараганда 14%га ортган. ЮЗЛП II-гурухда назорат гуруҳга нисбатан 22%га пасайган. ПЗЛПлар 3,8+0,07ммоль/лгача сезиларли бу I-гурухга нисбатан 58%га ошганлиги аниқланди. АИ кўрсаткичи 3,08+0,06 бирлик, бу I-гурухга нисбатан 37,4%га юқори бўлди ($P < 0,05$). Даволашдан сўнг липидлар спектрида сезиларли ижобий натижалар олинди. Юқори зичликдаги липопротеидлар эса олдинги кўрсаткичларга нисбатан 26,2%га ошган. Атерогенлик индекси 26,7%га даволашгача бўлган кўрсаткичлардан пасайган. Илмий изланишлар шуни кўрсатдики дислипидемия ҳолатларида статинлар билан даво ўтказиш ижобий натижалар беради.

Хулоса: Олинган натижаларга кўра чап қоринча диастолик дисфункцияси аниқланган юрак ишемик касаллиги билан хасталанган беморларда розувастатин 20 мг билан даволаш, даволашдан сўнг липидлар спектрини яхшиланишига ва МДА даражасини пасайишига олиб келди. Қон зардобида умумий холестерин ва ПЗЛПнинг ортиши ва



ЮЗЛПни камайиши билан номоён бўлди. Липид алмашинувини яхшилаш учун эса профилактик ва даволаш тадбирларини ўтказишда статинларларни меъёрий дозасини қўллаш самарали натижа беради.

QIZ BOLALARDA QORIN BO'SHLIG'I O'TKIR GENIKOLOGIK KASALLIKLARNING ASORATLARI

Xojiyev X.M., To'ychiev B.A., Abdubositov A.A

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi farg'ona filiali.

ANNOTATION

Maqolada qiz bollarda o'tkir gnikologik kasalliklar bilan shifoxonada 2022 yillar mobaynida davolangan 168 nafar bemorning kasallik tarixidan olingan ma'lumotlar muxokamali va statistikasi jamlangan. Klinik ko'rinishlari, kechiga, diagnostik usullariga qarab muhokama qilinadi. Davolashdan keyingi statistika va natijalari keltirilgan.

Kalit so'zlar: laporaskopiya, bachadon bo'ynining buralishi, apopleksiyasi, bitishmali kasallik, o'tkir gnikologik, tuxumdon kistasi.

Dolzarbliqi: Qiz bolalarda qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligini davolash va proflaktikasiga kompleks yondashuv muammosi jarayonning og'irligi, shikastlanishning sezilarli darajada ko'pligi va ayniqsa erta va yosh yoshga xos bo'lgan xavfli asoratlarning rivojlanishi xamda qiz bollarning reprodaktiv rivojlanishi, kelajakda farzand ko'rishini xisobga olgan xolda dolzarb bo'lib qolmoqda. Ayniqsa gnikologik kasalliklardan so'ng kasallikning qiz bollarda sezilarli darajada ko'payganligi bu kasallikka jiddiy yondashishni talab qilmoqda.

Tadqiqotimizning **Maqsadi** qiz bollarda qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligi oldini olish va ularning asoratlari xavfini bashorat qilishda traditsion va laporaskopik operatsiyalarning taxlillash.

Materiallar va usullar: 2022- yilda RShTTYoIMFF shoshilinch bolalar xirurgiyasi xamda shoshilinch gnikologiya bo'limida 168 : tuxumdon apopleksiyasi 61 ta (36.3%) va tuxumdon kistasi yorilishi xamda buralishi bilan 107 nafar (63.6%) qiz bilan bemorlar murojat qilib kelishgan. Bemorlarning 120 tasida operativ davo qilingan : 39 (23.2%) apopleksiya bilan, tuxumdon kistasi yorilishi xamda buralishi bilan 9 tasi (5.3%) nafarida konservativ davo orqali davolangan. Bemorlarda operativ davo qilingan 120 nafar bemorda 22 ta (18.3%) apopleksiya barchasi laporaskopik usulda, 98(81.7%) tasi tuxumdon kistasi yorilishi xamda buralishi bilan shulardan 58 ta laporaskopik usulda 58(59%) ta, laparatomiya 40(41%) - brmorlarda operativ davo qilingan.

Natijalar shuni ko'rsatadiki, qilingan operatsiyaning turiga va usuliga ko'ra ikki guruxga bo'lib olingan natijalar taxlil qilindi. Traditsion usulda opertasiya qilingan bemorlarning opertasiyadan keyin turli vaqtlarda 28(70%) nafarida turli shikoyatlar bilan murojat qilishgan. Shu bemorlarning bitishmali ichak tutulishi bilan 3 nafar bemor qaytatdan murojat qilib ulardan



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



kasalxonaga yotqizilgan bo`lib ularning 2(5%) tasida birishmalarni ajratish operatsiyasi bajarilgan.

Laparotamiya operatsiyasidan so`ng shifoxonada o`rtacha davolanish kuni 7-10 kunni davom etgan. Laparoskopik usulda qilingan operatsiyasi bemorlarda bizga qayta murojat qilganlar bo`lmadi va laparoskopik operatsiya qilingan bemorlarni o`rtacha davolanish kuni 3-5 kun davolanib chiqishgan.

O`tkazilgan tadqiqotlar qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligini kelib chiqishida operatsiyalardan traditsion yo`l bilan operatsiya qilingan bemorlarda uchrashi ko`p kuzatildi. Qolaversa bu usul bilan qorin parda va ichaklarga ortiqcha jaroxatlar yetkazilish darajasi ko`pligi sababli bitishmalar xosil bo`lishi extimoli yuqoriligicha qolmoqda .Bundan tashqari bemorlarda oshqazon ichak faoliyatining funksional buzulishlari(ovqatlanish tartibining buzulishlari) kuzatildi. Bu o`zgarishlarni nazorat qilish bitishmalar xosil bo`lish xafini oldindan taxmin qilishga imkon beradi va xavf omillarini tahlil qilish , ulardagi asoratlarni rivojlanishi va davolashni optimallashtirish imkonini berdi.

Xulosa: O`tkir ginekologik kasalliklarni operativ davolashda asoratlarni oldini olish **Maqsadida** bemorlarda profilaktik chora-tadbirlar olib borishni kerakligini ko`rsatmoqda.

Asosiy e`tiborni:

1. Jarrohlik aralashuvi bosqichida profilaktika: usullar va texnologiyalardagi o'zgarishlar asosiy omillar ta'sirini kamaytirishga qaratilgan jarrohlik muolajalar yani operatsiyalarni loperoskopik yondashuvni rivojlantirish va imkon qadar traditsion usullardan kamroq foydalanish.
2. Uzoq muddatli profilaktika - takomillashtirish orqali bilvosita ta'sir : ratsional ovqatlanish, fizioterapiya, massaj, terapevtik vositalar orqali ovqat hazm qilish traktining ishlashi.jismoniy tarbiya va boshqalar.

HOMILADOR AYOLLARDA JISMONIY MULTIMORBIDLIKNING OLDINI OLISH VA DAVOLASH USULLARI

Abdukahharova S. K.

**Akusherlik va ginekologiya kafedresi №1
Andijon davlat tibbiyot institute**

Dolzarblik. Multimorbidlik, ayniqsa homilador ayollarda odatiy holga aylanib bormoqda va bemorlar va ularning shifokorlari uchun katta muammolarni keltirib chiqarmoqda. Sifat va natijalar tuzilmalari va dalillarga asoslangan amaliyotga intilish, surunkali kasalliklarni davolash modellari alohida kasalliklar yoki sharoitlarga qaratilgan.

Shaxsiy shartlar bo'yicha tavsiyalar ushbu shartlardan bir nechtasiga ega bo'lgan shaxsga nisbatan qo'llanilishi mumkin emas va bir nechta sharoitlarni agressiv davolash foydadan ko'ra ko'proq zarar etkazishi mumkin.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Multimorbidligi bo'lgan ayollar uchun har bir homilador ayolning ehtiyojlari va ustuvorliklarini hisobga olgan holda individual yordam va uni rivojlantirishga e'tibor qaratish lozim.

Aholining qarishi bilan multimorbidlik istisno emas, balki odatiy holga aylanadi.

Dunyo bo'ylab tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, multimorbidlik yoshga qarab va ijtimoiy-iqtisodiy mahrumlik bilan ortadi.

Tadqiqotning Maqsadi. Homilador bemorlarda kasalliklarning tarqalishini aniqlang.

Materiallar va tadqiqot usullari. Biz multimorbid kasalliklari bo'lgan homilador ayollarda AGMI klinikasining terapevtik bo'limlarida tekshiruv va statsionar davolanishda bo'lgan 65 bemorni tekshirdik.

Tadqiqot natijalari. Ko'p somatik patologiyaning mavjudligi homiladorlik jarayonini jiddiy ravishda murakkablashtiradi. Polimorbidlik homiladorlik paytida polihidramnion/oligohidramnion, abort qilish xavfi, tos a'zolarining yallig'lanish kullari kabi patologik holatlar xavfini oshiradi.

Shu bilan birga, homiladorlik boshqa somatik kasalliklarning yomonlashishiga olib kelishi mumkin – gipertoniya, diabet va uning asoratlari.

Homilador ayolda polimorbidlikning mavjudligi akusher-ginekologlardan bunday bemorga nisbatan alohida ehtiyotkorlikni talab qiladi.

Homiladorlik patologiyasi xavfini kamaytirish uchun homiladorlik va tug'ish jarayonini diqqat bilan kuzatib borish va bir guruh mutaxassislar - akusher, endokrinolog, terapevt, nefrolog tomonidan birgalikda patologiyani o'z vaqtida tuzatish kerak.

So'nggi yillarda kasallik "yoshroq" bo'lib, homiladorlikning o'rtacha yoshi "kattaroq" bo'lganligi sababli populyatsiyada II turdagi dm bilan homilador ayollar sonining ko'payishi kuzatilmoqda.

Homilador ayollar orasida diabetning barcha shakllarining tarqalishi - 3,5%, 1-va 2-turdagi diabet - 0,5%, homiladorlik qandli diabet yoki homilador diabet - 1-3% ga etadi. Qandli diabet homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrni murakkablashtiradi. Sog'lom ayollar bilan taqqoslaganda, II turdagi diabet bilan og'rigan homilador ayollarda preeklampsi (60-70%), polihidramnion, fetoplasental etishmovchilik, siydik yo'llari infeksiyalari, tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari tez-tez uchraydi.

Klinik va eksperimental tadqiqotlarimiz shuni ko'rsatdiki, homiladorlikning dastlabki haftalarida giperglikemiya va unga bog'liq metabolik kasalliklar o'z-o'zidan abort qilish (35-70%), erta tug'ilish (25-60%), diabetik fetopatiya (44-83%) kabi perinatal asoratlarning rivojlanishiga ta'sir qiladi., intrauterin gipoksiya (37-76%), neonatal gipoglikemiya (37-76%),29%), nafas olish qiyinlashuvi sindromi.

Xulosa. Ko'pgina tadqiqotchilar homiladorlikning dastlabki bosqichlarida giperglikemiya mavjudligini asosiy teratogen omil sifatida tan olishdi. II turdagi diabet bilan og'rigan onalarning bolalarida eng ko'p uchraydigan malformatsiyalar tug'ma yurak nuqsonlarini o'z ichiga oladi. Bundan tashqari, homiladorlik paytida SD bilan og'rigan ayollarda, qoida tariqasida, turli xil patologiyalar mavjud: morbid semirish, arterial gipertenziya, metabolik kasalliklar, diabetning mikro va makrovaskulyar asoratlari (diabetik retinopatiya, diabetik nefropatiya, yurak, miya



tomirlarining shikastlanishi, pastki ekstremitalarning periferik tomirlari va boshqalar), bu qo'shimcha salbiy ta'sir ko'rsatadi homiladorlik oxirida.

CHAQALOQLARDA KO'KRAK BO'SHLIG'I A'ZOLARIDA O'TKAZILGAN OPERATSIYALARDAN KEYINGI OG'RIQSIZLANTIRISH USULLARINING TAQQOSLAMA TAXLILI.

Abdullajonov X.M.

Andijon davlat tibbiyot institute

Mavzuning

Dolzarbligi: Oxirgi o'n yillikda jarroxlilik texnologiyalarining jadal rivojlanishi chaqaloqlar va erta yoshdagi bolalarda uchraydigan tug'ma rivojlanish nuqsonlari va kasalliklarini jarroxlilik yo'li bilan muvaffaqiyatli davolash imkoniyatlarini bermoqda. Xozirgi paytga kelib tashrixdan keyingi og'riqsizlantirishning turli xil usullari tadbiiq qilinmoqda, biroq torakotomiyadan keyingi o'tkir va surunkali og'riq sindromi amaliyotchilar uchun muammolar tug'dirmoqda. Torakotomiyadan keyingi davrda intensiv og'riq kuzatilishi sababli uzoq muddat opioid analgetiklar qo'llash zaruratini tug'diradi. Biroq, narkotik analgetiklarni qo'llash boshqa asoratlar bilan bir qatorda xushning sekin tiklanishi, nafasning kech tiklanishi va nafas yo'llarining himoya reflekslarini yo'qolishi kabi nojo'ya ta'sirlar keltirib chiqarishi mumkin va o'z navbatida, uzoq muddat sun'iy o'pka ventilyasiyasi o'tkazishni talab qiladi.

Tadqiqot

Maqsadi: CHaqaloqlarda posttorakotomik davrda ekstraplevral analgeziyani samaradorligini gemodinamik mezonlariga kura baxolash.

Tadqiqot materiali va usullari: Mazkur tadqiqot Andijon viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi, hududiy neonatal xirurgiya bo'limiga ko'krak qafasi a'zolarining tug'ma va orttirilgan xirurgik kasalliklari bilan yotqizilgan va operatsiyalar bajarilgan chaqaloqlarda o'tkazildi. Operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirish turiga ko'ra bemor chaqaloqlar 2 guruhga bo'lindi: I guruhda (17 nafar) operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirish fentanilning 2-3 mkg/kg/soat miqdorida uzluksiz vena ichi infuziyasi orqali amalga oshirildi (OA-opioitli analgeziya); II guruhda (12 nafar) esa og'riqsizlantirish intraoperatsion davrda ekstraplevral bo'shliqqa o'rnatilgan kateter orqali maxalliy anestetikni yuborish yo'li bilan bajarildi (EPA). Mahalliy anestetik sifatida 0,25% li bupivakaindan foydalanildi va uning miqdori 0,2-0,3 ml/kg/soatni tashkil qildi.

Tadqiqot natijalari: Operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirish samaradorligi 48 soat davomida baxolandi. Analgeziya darajasi quyidagi mezonlar bo'yicha 3, 6, 12, 24, 36, 48 soatdan so'ng amalga oshirildi: 1) markaziy va periferik gemodinamika xolati (YUQS, AB, diurez, kapilyarlar to'lishish tezligi); Gemodinamik monitoring "YUM 300" (Utas, Ukraina) polifunksional reanimatsion-xirurgik monitor yordamida amalga oshirildi. Styudentning t-mezonlariini aniqlash orqali statistik ishlov berildi. Belgilangan vaqt oraliqlarida markaziy gemodinamik ko'rsatkichlar taxlili I guruhdagi bemorlarda taxikardiya va gipertenziyaga moyillik mavjud ekanligini namoyon qildi. II guruh bemorlarda esa YUQS va o'rtacha AB yosh me'yorlarida qolganligi ma'lum bo'ldi. Periferik perfuziya xolatini baxolash indikatori sifatida xar soatdagi diurez miqdori va



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



kapillyarlarning to'lishish tezligi tanlab olindi. Soatli diurez I guruhda 3,6, 12, 24, 36, 48 soatdan keyin 3,2-2,0-3,8-3,8-4,2-2,9 ml/kg/soatni tashkil qilgan bo'lsa, II guruhda mazkur vaqt oraliqlarida ushbu ko'rsatkich mos ravishda 4,0-3,2-3,5-4,8-5,2-4,1 ml/kg/soat miqdorida bo'ldi. Kapillyarlar to'lishish tezligi ("oq dog" simptomi) I guruhda o'rtacha 3-4 sek, II guruhda 4-5 sek. dan ortmadi. SO'V ning o'rtacha davomiyligi I guruhda 128 soatni, II guruhda esa 46,5 soatni tashkil qildi.

Xulosalar: Tadqiqot natijalaridan olingan ma'lumotlar EPA usulini qo'llashda antinotsitseptiv ximoyaning ancha ustunligini namoyon qildi va ushbu usulni chaqaloqlar va erta yoshli bolalarda posttorakotomik davrda optimal og'riqsizlantirish usuli sifatida tavsiya qilish imkonini berdi.

REANIMATSIYA VA INTENSIV TERAPIYA BO'LIMLARIDA BEMOR BOLALAR OG'IRLIK DARAJASINI BAHOLASHDA PEDIATRIK SHKALALARNING AHAMIYATI

Abdullajonov X.M.
Andijon davlat tibbiyot institute

Mavzuning Dolzarbligi: Bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazlari reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limlarida og'irlik darajasini baholashning pediatrik shkalalarini qo'llash, olingan natijalarni taqqoslama taxlil qilish.

Tadqiqot Maqsadi: Tadqiqotga kiritilish mezonlari: 0 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan bemorlar; shoshilinch xirurgik tashrixlar. Tadqiqotga kiritilmaslik mezonlari: chala tug'ilgan chaqaloqlar, o'tkir buyrak va jigar etishmovchiligi. Tadqiqot muddati: 01.02.2021 y. dan 31.01.2022 y.gacha. Baxolash usullari -PRISM, PIM II, PELOD kabi pediatrik shkalalar yordamida bemor bolalar og'irlik darajasini baholash.

Tadqiqot materiali va usullari: Tadqiqot materiali sifatida 226 nafar bemor bolalar tanlab olindi, o'rtacha yosh-4,1±0,3. Ulardan o'g'il bolalar 116 (51,3%) tasini tashkil qildi, 93 nafar bolalarda shoshilinch va tezkor xirurgik operatsiya o'tkazilgan bo'lib, ulardan kardioxirurgik bemorlar 27 ta, og'ir jaroxatlanish bilan 19 ta, uronefrologik bemorlar 31 ta, abdominal xirurgik kasalliklar bilan 44 ta, boshqalar 18 tani tashkil qildi. Tadqiq qilingan bemorlardan 12 (5,3%) tasida letal oqibat kuzatilgan.

Tadqiqot natijalari: PRISM shkalasi uchun o'rtacha o'lim xavfi 9,3±3,9 ga, o'lim ko'rsatkichining standart nisbati 0,61 ga, ROC-egrilik maydoni 0,623±0,116 ga ($p\phi = 0,289$), sezuvchanlik 97,4% ga, maxsuslik 69,2% ga, ijobiy oqibat qiymati 57,1% ga, salbiy oqibat qiymati esa 97,4% ga teng bo'lib chiqdi. PELOD shkalasi uchun o'rtacha o'lim xavfi 9,6±4,1 ga, o'lim ko'rsatkichining standart nisbati 0,59 ga, ROC-egrilik maydoni 0,641±0,116 ga ($p\phi = 0,224$), sezuvchanlik 71,4% ga, maxsuslik 69,2% ga, ijobiy oqibat qiymati 12,2% ga, salbiy oqibat qiymati esa 97,6% ga teng deb baholandi. PIM II shkalasi uchun o'rtacha o'lim xavfi 9,7±2,6 ga, o'lim ko'rsatkichining



standart nisbati 0,58 ga, ROC-egrilik maydoni $0,833 \pm 0,096$ ga ($p < 0,001$), sezuvchanlik 85,7% ga, maxsuslik 94,0% ga, ijobiy oqibat qiymati 46,2% ga, salbiy oqibat qiymati esa 99,1% ga tengligi aniqlandi. Tekshirilayotgan shkalalarda o'lim xavfi intervallari (CH2) bo'yicha taxlil natijalari shuni ko'rsatdiki (Lemeshow testi), kutilayotgan va xaqiqiy o'lim ko'rsatkichi PIM shkalasi uchun deyarli mos kelganligi ($CH2 = 8,23$, $r\phi = 0,084$), PRISM ($CH2 = 203,5$; $p < 0,001$) va PELOD shkalalari ($CH2 = 26,16$; $r < 0,001$) uchun esa farq qilganligi ma'lum bo'ldi. 101 nafar tirik qolgan bemor bolalarda letal oqibat rivojlanish xavfi kuzatuvning 14 sutkasida, 97 ta bolalarda esa 28 sutkasida aniqlandi. Letal oqibat xavfining eng ishonarli ko'rsatkichlari PELOD shkalasida namoyon bo'ldi.

Xulosalar: PIM II shkalasi umumiy populyasion darajada o'tkaziladigan tadqiqotlarda ishonarli natijalarni namoyish qiladi. PELOD va PRISM shkalalari esa ko'proq letal oqibat rivojlanish xavfi bo'lgan alohida guruhlardagi bemorlar og'irlik darajasini aniqlash uchun mos keladi. Taxlil natijalari shuni ko'rsatdiki, qo'llanilgan barcha shkalalar letal oqibat rivojlanish xavfini ancha yuqori darajada ko'rsatib, ular bemorlar o'lim ko'rsatkichini emas, balki ularning yashovchanligini aniqroq bashoratlash xususiyatiga egadir. PELOD va PRISM shkalalarining etarli diskriminatsion xususiyatlarga ega emasligi og'ir perinatal patologiyasi mavjud bir oygacha bo'lgan bolalarda letal oqibat rivojlanish xavfini etarli darajada baholay olmasligi bilan bog'liq.

YUQUMLI KASALLIKLAR SHIFOHONASI ISHCHI XODIMLARINING SOG'LIG'IGA XAVF TUG'DIRUVCHI OMILLARNI SISTEMALI O'RGANISH.

**Abdullayev G'.A., Rasulov F.X., Ashurova M. J.
Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot institute**

Maqsadi: Yuqumli kasalliklar shifohonasi ishchi xodimlarining sog'lig'iga xavf tug'diruvchi omillarni sistemali o'rganish, gigiyenik baho berish va olingan ma'lumotlar asosida barcha omillarni tibbiyot xodimlariga zararli ta'sirini bartaraf etishga qaratilgan chora-tadbirlar ishlab chiqish.

Tadqiqot usullari: Ilmiy izlanish davomida sanitar-gigiyenik tekshirish va baholash, statistik tahlil va laborator-instrumental tekshirish usullaridan foydalanildi. Hsusan so'rovnoma o'tkazishda «Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme» (CINDI) yuqumli bo'lmagan kasalliklarning oldini olish dasturining o'zgartirilgan so'rovnomasi ishlatildi.

Natija va tahlillar: Yuqumli kasalliklar shifohonasi xodimlarining sog'lig'iga ta'sir ko'rsatadigan ishlab chiqarish muhiti va turmush tarzi bilan bog'liq xavf omillari Farg'ona viloyatining yuqumli kasalliklar shifoxonasi ishchi xodimlari misolida o'rganildi, muassasadagi tibbiyot xodimlarining ish o'rinlari soni 245 tani tashkil etadi, shundan 220 va 25 tasi mos ravishda ayollar va erkaklarga to'g'ri keladi. Tibbiyot xodimlarining mehnat sharoitlarini baholash uchun tadqiqot bazasidagi barcha tibbiyot xodimlari olingan, tadqiqot uchun asos bo'lib xizmat qilgan shifoxonada ishlaydigan tibbiyot xodimlari orasida erkak shifokorlarning ulushi 10%, ayollar 90%



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ni tashkil etdi. O'rtacha va kichik tibbiyot xodimlarining guruhlarida asosan ayollardan iborat. Shifokorlarning o'rtacha yoshi (YI) 42 yoshni, o'rtacha tibbiyot xodimlari – 32 yoshni, kichik tibbiyot xodimlari – 45 yoshni tashkil etdi. O'rganilayotgan guruhdagi o'rtacha tibbiyot xodimlarining tajribasi 14 yil, shifokorlar orasida shunga o'xshash ko'rsatkich 19 dan oshadi va kichik tibbiyot xodimlarida 9 yilni tashkil etadi.

Tadqiqot davomida quyidagi ishlab chiqarish omillari ko'rib chiqildi: kimyoviy (ishchi hudud havosida propanol, izopropanol, formaldegid, xlor, etanol miqdori), biologik (ish yoki patogen biologik vositalar bilan xodimlarning aloqasi), jismoniy (shovqin, mikroiklim, mehnat jarayonining og'irligi). Shaxsiy omillar va ularning kombinatsiyasi bo'yicha mehnat sharoitlarini gigienik baholash Mehnat muhiti va mehnat jarayoni omillarini gigienik baholash bo'yicha yo'riqnomaga muvofiq amalga oshirildi. Mehnat sharoitlarining mezonlari va tasnifi, mehnat muhiti va mehnat jarayoni omillari parametrlarini o'lchash, mehnat sharoitlari ustidan ishlab chiqarish nazorati sinov laboratoriya markazlari, shu jumladan Farg'ona viloyati SEO va JSX markazi taqdim etgan manbalardan foydalanildi Kasalxonada tibbiyot xodimlarining yuqumli bo'lmagan kasalliklarning xulq-atvori va metabolik xavf omillariga ta'sir qilish to'g'risida ma'lumot olish uchun Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining «Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme» (CINDI) yuqumli bo'lmagan kasalliklarning oldini olish dasturining o'zgartirilgan so'rovnomasi ishlatildi. 200 tibbiyot xodimi bilan suhbat o'tkazildi. Respondentlarning javoblarini baholash JSST tomonidan ishlab chiqilgan "aholining yuqumli bo'lmagan kasalliklari uchun xulq-atvor xavf omillarini monitoring qilish" qo'llanmasiga muvofiq amalga oshirildi.

Xulosa: Yuqumli kasalliklar shifohonasi xodimlari sog'lig'iga ta'sir etuvchi omillar oganizga turlicha (yoshga, jinsga, mehnat davomiyligiga, xodimlar kategoriyasiga va boshqalar) ta'sir etadi. Kimyoviy omillar asosan teriga va nafas olish a'zolarining shilliq qavatlariga ta'sir etsa biologik omillar koproq oshqozon-ichak va nafas olish tizimlaridagi yuqumli kasalliklarga sabab bo'ladi. Fizik va ijtimoiy omillar ishchi xodimlarning jismoniy toliqish, funksional buzilishlar va aqliy zoriqish (stress)ga olib keladi. Shuni ta'kidlash kerakki, hatto maksimal ruxsat etilgan, salbiy mehnat omillariga yaqin darajalarda ham, ularning kombinatsiyalangan ta'siri tibbiyot xodimlari organizmidagi o'zgarishlarga olib keladi.

ERTA TUG'ILISH UCHUN ULTRATOVUSH BELGILARI-MUAMMONING HOZIRGI HOLATI

Abdullayeva M.A.

**Akusherlik va ginekologiya kafedrasida №1
Andijon davlat tibbiyot instituti**

Dolzarblik. Akusherlik va ginekologiyaning muhim va dolzarb muammosi erta tug'ilish (PR) bo'lib, perinatal va kasallanish va o'limga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Transvaginal



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



servikometriyadan foydalanish PR rivojlanishining xavf guruhini aniqlash uchun ob'ektiv invaziv bo'lmagan tadqiqot usuli hisoblanadi.

Maqsad. Homiladorlikning 16-20 xaftaligida ultratovush (ultratovush) servikometriyasini o'tkazishda erta tug'ilishni (PR) bashorat qilish uchun qo'shimcha ultratovush markerining-utero-servikal burchak (MSU) ning axborot ahamiyatini aniqlang.

Materiallar va usullar. 20-35 yoshdagi 16 dan 20 haftagacha bo'lgan davrda 340 homilador ayolni ultratovush servikometriyasi va MSU miqdorini o'lchash bilan tekshirish o'tkazildi. Bachadon bo'yni uzunligi (SHM) va MSU hajmiga qarab mehnat natijalari (PR yoki o'z vaqtida tug'ilish) tahlil qilindi.

Natijalar. Pessari (n = 192) bo'lgan guruhda nazorat guruhiga (n = 193) — 59% (RR — 0,36; 95% CI — 0,27 — 0,49) nisbatan 37 haftadan kam vaqt ichida spontan PR chastotasining pasayishi qayd etildi. Biroq, ushbu tadqiqotda ultratovush-servikometriyaning juda yuqori sezuvchanligi (59%) tanqidga sabab bo'ladi, chunki 59% ultratovush tashxisi haqiqatan ham ijobiy bo'lgan. 2013 yilda rki S. Hui va boshqalar tomonidan nashr etilgan. [46], 108 homilador ayolni o'z ichiga olgan: 53 — pessariyadan foydalangan holda guruhda va 55 — nazorat guruhida, bachadon bo'yni o'rtacha uzunligi (mos ravishda 19,6 va 20,5 mm), homiladorlik davri va demografik xususiyatlari bilan farq qilmagan.

Mualliflarning ta'kidlashicha, pessariyadan profilaktik foydalanish 34 haftadan kam muddatda erta tug'ilish holatlarini kamaytirmaydi, bu pessariyadan foydalangan guruhda 9,4% va nazorat guruhida 5,5% ni tashkil qiladi. Ushbu tadqiqot 2013 yilgi Kohranov sharhiga kiritilmagan. bachadon bo'yni eksizyonidan keyin homilador ayollarda pessariyadan foydalanish samaradorligi ham aniqlanmagan. Pichoq konizatsiyasidan keyin 21 homilador ayolni o'z ichiga olgan nazorat guruhisiz faqat bitta uchuvchi tadqiqot mavjud [47]. Mualliflar konizatsiya qilingan homilador ayollarda pessarning ijobiy ta'siri haqida **Xulosa** qilishdi. Shunday qilib, PR rivojlanishining turli xil xavf omillari, shu jumladan ko'p homiladorlik bo'lgan homilador ayollarda pessariyaning samaradorligi to'g'risida yanada ishonchli dalillar zarur.

PR (37 haftagacha) 32 bemorda (9,4%) paydo bo'ldi. 1-guruhda (SHM ≤ 25 mm) PR 18 bemorda (56,3%), 1 (0,3%) da (OSH 394,714 [DI 49,128-3171.289], p < 0,05); MSH qiymati 107,3 ± 2,3 ° ni tashkil etdi. 2-guruhda (SHM 26-35 mm) PR 11 bemorda (34,3%), 147 (47,7%) (OSH 0,574 [CI 0,267-1,230], p < 0,05); MSU qiymati 101,2 ± 3,7 °. 3-guruhda (SHM > 35 mm) PR 3 bemorda (9,4%), 160 (52%) da (OSH 0,096 [CI 0,029-0,321], p < 0,05); mshu qiymati 92,6 ± 3,8 °. SHM uzunligi ≤ 25 mm, 56,3% sezgirlik, 99,7% o'ziga xoslik (p < 0,001) bilan PR paydo bo'lish xavfini bashorat qilgan. Sinovning diagnostik samaradorligi 95,6% ni tashkil qiladi. PRda MSHUNING o'rtacha qiymati 104,2 ± 0,9 °, muddatlarda tug'ilganda 92,3 ± 2,7 ° ni tashkil etdi. Mshu qiymati va PR boshlanishining o'zaro bog'liqligini tahlil qilganda, mshu > 105 ° qiymatida PR boshlanishining chastotasi 81,2% ni tashkil etganligi aniqlandi, o'z vaqtida tug'ilganlar guruhida mshu > 105 ° qiymati 16,9% hollarda (osh 21,333 [DI 8,363-54,418], p < 0,05). Mshu > 105 ° sezgirlik 81,3%, o'ziga xoslik 83,1% (p < 0,001) bilan PR paydo bo'lish xavfini bashorat qildi. Sinovning diagnostik samaradorligi 83,1% ni tashkil etdi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Xulosa **Xulosa** qilib shuni ta'kidlash kerakki, erta tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilishda erishilgan yutuqlarga qaramay, P. R. ning oldini olish qobiliyatida juda kam yutuqlarga erishildi. ta'riflangan chora-tadbirlarga qo'shimcha ravishda, PRning oldini olishning boshqa choralari muhim rol o'ynaydi: yatrogenik PRni kamaytirish, chekishni tashlash, sog'lom ovqatlanishni targ'ib qilish, stining oldini olish va davolash, yordamchi reproduktiv texnologiyalardan oqilona foydalanish, kasalliklarni davolash periodontal kasallik va bachadon bo'yni neoplaziyasining oldini olish. Muvaffaqiyat ularning har tomonlama amalga oshirilishiga bog'liq bo'ladi, milliy siyosat xususiyatlariga ega bo'lgan bir nechta sohalardagi mutaxassislar ishtirokida fanlararo xarakterga ega bo'ladi.

BACHADON BO'YNI VA QIN SARATONIDA SIGNAL LIMFONAZINI LOKALIZATSIYA QILISH UCHUN JARROHLIK GAMMA DETEKTORLARINI BAHOLASH

Ahmadjonova O.D

1- Akusherlik va ginekologiya kafedrasida

Andijan Davlat Tibbiyot Instituti

Kirish. Bachadon bo'yni va qin saratonidagi limfa tugunlarini ko'k rangli radioizotoplar yoki ikkalasining kombinatsiyasi bilan aniqlash mumkin.

Tadqiqot **Maqsadi:** ushbu **Tadqiqotning** **Maqsadi** mavjud gamma detektorlarini va ularning limfa tugunlarini lokalizatsiya qilish qobiliyatiga qarab reytingini solishtirishdir.

Natijalar. Jarrohlik paytida SU ni tanib olish nafaqat ko'k rangdagi tugunlarni aniqlash uchun limfa kollektorini vizual tekshirishga, balki gamma prob yordamida sudagi radioaktiv kolloidni baholashga ham asoslangan. Gamma detektor tahlili limfa xaritalashda standartga aylandi. Ushbu protsedura hozirda ko'krak bezi saratoni va melanoma uchun ishlatiladi. Bir nechta tadqiqot guruhlarida ushbu texnikani qalqonsimon bez saratoni va ginekologik va neyroendokrin o'simlar uchun ham baholadilar. Bu yadro tibbiyoti va jarrohlikda shikastlanish joyidan to'g'ridan-to'g'ri limfa drenajini oladigan har qanday limfa tugunini aniqlash bilan qimmatli vositaga aylandi.

Jarroh va dozimetrist ishlaydigan gamma namunasini tanlash uchun birgalikda ishlashlari kerak va operatsiyaga qo'yiladigan talablar sotuvda mavjud bo'lgan namunalarga mos kelishi kerak. Sinov qilingan namunalarning aksariyati laboratoriya sinovlarida qoniqarli bajarilgan. Bizning tadqiqotimizda, shifokorlarning baholashiga ko'ra, Europrobe eng yaxshi ergonomik fazilatlarini ko'rsatdi. Sezuvchanlikni tahlil qilishda eng yaxshi natija GRP2 tomonidan ko'rsatildi. Sezuvchanlik limfa tugunlarini kam to'plangan yoki chuqur joylashtirilgan holda tanib olishda va AOK qilingan radionuklidlarning faolligini kamaytirishda, Su-technology protseduralarining barcha bosqichlarida ishtirok etadigan bemorlar va xodimlar tomonidan so'rilgan nurlanish dozasi kamaytirishda muhim omil hisoblanadi. Xavfsizlik uskunani tanlash jarayonida asosiy



omil hisoblanadi. Ginekologiyada SU ni aniqlash uchun qo'l detektorlarini tanlash bo'yicha qo'shimcha ko'rib chiqish va qaror qabul qilish bilan iqtisodiy samaradorlik muhim parametrga aylanishi mumkin. GRP2 ni tanlash uning yaxshi ishlashi va arzonligi bilan birgalikda ko'rib chiqishda qiziqarli qaror ekanligini osongina ko'rsatish mumkin.

Xulosa. Laboratoriya tadqiqotlarini o'tkazgandan so'ng, jarrohlikda scni muvaffaqiyatli aniqlash qo'l gamma detektorlarining ishlashiga bog'liq bo'lishi mumkin degan **Xulosaga** kelishimiz mumkin.

VIRUSLI GEPATITDA HOMILADORLIK MUAMMOLARI

Ahmadjonova O.D

1-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrası
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Dolzarbli. Bugungi kunga kelib, gepatit B va C o'tkir va surunkali shakllari bo'lgan homilador ayollarda immunitet holatidagi o'zgarishlarning tabiati to'g'risida etarlicha ishonchli keng qamrovli tadqiqotlar mavjud emas; ushbu mavzu bo'yicha nashrlar kam. Homiladorlik davridagi asoratlarni, shuningdek tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrni oldini olish **Maqsadida** homiladorlik davrida b va C gepatitlarini davolash taktikasi masalasi hal qilinmagan. Ushbu muammolarni hal qilish uchun HS va HS fonida homilador ayollarning immunitet tizimidagi o'zgarishlarning tabiatini, homiladorlik yoshiga qarab ularning og'irligini o'rganish muhim deb hisoblaymiz.

Tadqiqot **Maqsadi.** HBV va NSU infeksiyasi va homiladorlikning o'zaro ta'sirining aniqlangan patogenetik mexanizmlari asosida gepatit B va C bilan kasallangan homilador ayollarni boshqarish taktikasini takomillashtirish.

Material va tadqiqot usullari. Biz reproduktiv yoshdagi 401 ayolni gepatit B va HS bilan tekshirdik, ular ikki guruhga bo'lingan. Asosiy guruh gepatit B va C bilan kasallangan 201 homilador ayol(shundan 69 tasi HBV bilan, 51 tasi CHB bilan va 81 tasi CHC bilan), taqqoslash guruhi HB va HC bilan 200 homilador bo'lmagan ayol (73 tasi HBV bilan, 54 tasi CHB bilan va 73 tasi CHC bilan) nazorat guruhi sifatida, 47 sog'lom homilador ayollar tekshirildi.

Tadqiqot natijalari. HBV va NSU infeksiyasi bilan homiladorlik jarayoni nazorat guruhiga qaraganda tez-tez murakkablashadi: homiladorlikni 1,6 marta to'xtatish tahdidi bilan; gestosis 1,7 marta; fetoplasental etishmovchilik 2,3 marta; erta tug'ilish 4,1 marta. Ushbu patologiyada tug'ilishning o'ziga xos xususiyatlari amniotik suyuqlikning erta yorilishining yuqori chastotasi edi - 39,5% gacha, tug'ruqdan keyingi erta davrda qon ketish - 5,9% gacha, bu nazorat guruhidagi ko'rsatkichlardan mos ravishda 2,3 va 2,8 baravar oshadi.

Homiladorlik fonida OHS kursi kasallikning xolestatik shakllarining ustunligi bilan tavsiflanadi (63,8% da), bu homilador bo'lmagan ayollarga qaraganda 4,2 baravar tez-tez va tez-tez (26,1%



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



da) kasallikning cho'zilgan kursini shakllantirish. Kasallikning eng og'ir kursi homiladorlikning uchinchi trimestrida kuzatiladi.

Homilador ayollarda NVU va NSU infeksiyasining surunkali shakllarining klinik ko'rinishi nazorat guruhiga nisbatan kasallikning replikativ bosqichida turli xil va aniq ko'rinishga ega bo'lib, astenovegetativ (CHB bilan 93,8% va CHC bilan 97,2%), dispeptik (CHB va CHC bilan 87,5%) ustunligi bilan tavsiflanadi. Chc bilan 72,2%) sindromlar. Xolestaz sindromi nazorat guruhiga qaraganda 2 baravar tez-tez kuzatiladi (CHB bilan 18,8% va CHC bilan 19,4%). HCG replikasiya bosqichidagi laboratoriya parametrlari bilirubin, aminotransferaza darajasi va disproteinemiyaning o'rtacha o'sishi bilan tavsiflanadi, ularning o'zgarishi homiladorlikning birinchi va ikkinchi trimestrlarida eng aniq namoyon bo'ladi.

Gepatit B va HS bilan kasallangan homilador ayollarda immunitet tizimining disfunktsiyasining prenosologik shakllari tarkibida eng keng tarqalgan yuqumli sindrom (gepatit B bilan 44,9%, 62,7%) CHB bilan va 66,7%) CHC bilan), ikkinchi o'rinda allergik (26, 1%, 31,4% va 35,8mos ravishda), homilador ayollarning 35,3% ikki yoki undan ortiq sindromga ega.

OHV bilan kasallangan homilador ayollarda immunologik o'zgarishlar tsiklik hisoblanadi. Kasallikning balandligi davri yordamchi turdagi T-hujayralarining etishmasligi, CIC patogen shakllarining to'planishi, fagotsitik hujayralarning inhibatsiyasi bilan mutlaq t • limfopeniya bilan tavsiflanadi. Gumoral immunitetning o'zgarishi B-limfotsitlar darajasining oshishi, IgA sintezining inhibatsiyasi va IgM tarkibining oshishi bilan tavsiflanadi. Ushbu o'zgarishlarning og'irligi homiladorlik jarayonining rivojlanishi bilan ortadi va kasallikning balandligi paytida uchinchi trimestrda eng aniq namoyon bo'ladi.

CHB va CHC bo'lgan homilador ayollarda doimiy t-limfopeniya yordamchi va effektorli fenotipli hujayralar, b-limfotsitlarda sezilarli o'zgarishsiz neytrofillarning fagotsitik faolligining pasayishi tufayli qayd etiladi. Ushbu o'zgarishlar barcha trimestrlarda kuzatiladi, ammo I va II trimestrda eng aniq namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, virusli replikasiya va patologik jarayonning faolligi qanchalik yuqori bo'lsa, immunitetning hujayrali bog'lanishining depressiya darajasi shunchalik yuqori bo'ladi.

HBV va HCV infeksiyasiga chalingan homilador ayollarni vobenzim va Viusid yordamida davolash, kasallikning shakli va bosqichiga qarab, prognozni yaxshilashga va HBV uchun kasalxonada davolanish muddatini 10,1 ga qisqartirishga imkon berdi. 1,2 kun, uning CHB va CHC bilan og'rikan bemorlarda klinik ta'siri An'anaviy terapiya bilan solishtirganda 2,7 baravar yuqori va bemorlarning 33,3 foizi kasallik faolligi darajasining sezilarli darajada pasayishini ko'rsatdi. Terapiya homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrga foydali ta'sir ko'rsatadi, ularning asoratlari xavfini sezilarli darajada kamaytiradi.

Xulosa. Homiladorlikning hepatit B va C kursiga og'irlashtiruvchi ta'siri, shuningdek, HBV va NSU infeksiyasining homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrga salbiy ta'siri ko'rsatilgan, bu homilador ayollarni dispanser kuzatuvini zarurligini belgilaydi. akusherlar va yuqumli kasalliklar tomonidan hepatit B va C bilan mutaxassislar.

Immun stagusini o'rganish homilador ayollarda hepatit B va C} faolligining qo'shimcha mezonlari sifatida tavsiya etiladi.



Vobenzim va Viusida ning asosiy patogenetik mexanizmlarga ta'siri to'g'risida olingan ma'lumotlarni hisobga olgan holda, ushbu dorilar homilador ayollarda HBV va HCV infeksiyalarini kompleks davolashda samarali ekanligi va asoratlar xavfini kamaytirishi isbotlangan. homiladorlik jarayoni.

Gepatit B va C bilan kasallangan homilador ayollarni kasallikning bosqichiga va homiladorlik yoshiga qarab boshqarish bo'yicha amaliy tavsiyalar ishlab chiqilgan va amalga oshirilgan.

BACHADON LEYOMIOMASINING TURLI XIL GISTOGENETIK SHAKLLARINI MORFOMETRIYASI

Alibekov O.O., Mamataliyev A.R.
Andijon davlat tibbiyot institute

Bachadon miomasi–bachadonning yaxshi sifatli o'smasi bo'lib, mushak (miometriyning fenotipik o'zgargan silliq mushak hujayralari) va biriktiruvchi to'qimadan iborat, gormonga bog'liq kasallik va bachadonning giperplastik jarayonlarining bir turi hisoblanadi. So'nggi yillarda bachadon mimomasini “yosharish” tendentsiyasi kuzatilyapti, shu sababli hozirda 20-25 yoshdagi kasallikka chalingan yosh ayollar soni ortib bormoqda.

Morfometrik tekshirishlarni olib borishda “nuqtali to'r” tekshirish usulini kompyuterga ko'chirib modifikatsiyaladik, ya'ni tekshirilayotgan materialning har bir guruhi bo'yicha tayyorlangan gistologik preparatlarni turli sohalaridan, oldindan 10tadan rasm tushirdik va kompyuter monitorida bu rasmlarga mos ravishda 200ta katakdan iborat chiziqli to'rni qo'yib, undagi chiziqlar kesishgan nuqtalarni, to'qimaning qaysi bir struktur tuzilmasiga to'g'ri kelishiga qarab sanab chiqdik. G.G. Avtandilovning nuqtali to'ri nuqtalari to'qima rasmi yuzasining barcha sohaları struktur birliklarga bir xilda tanlanmagan holda tarqalganligi nisbiylik qonuniga mos keladi. Rasmdagi mavjud barcha struktur birliklar maydoni V_v , ya'ni 100% deb olinadi, hisoblash kerak bo'lgan struktur birliklarni xar birini maydoni, shu tuzilmaning nomi qo'yib belgilandi, masalan: V_{mh} (mushak hujayra), V_{mf} (miofibrilla), V_{qt} (qon tomir), V_{st} (stroma tuzilmalari va V_{mi} (mitoz). Shu yo'sinda nuqtalarni sanash oqibatida o'rganilayotgan struktur birliklarni to'qimadagi nisbiy maydoni hisoblab chiqarildi. O'rganilayotgan to'qimada barcha struktur birliklarni egallagan maydoni V_v , ya'ni 100% bo'lsa, undagi bir tekisda taqsimlangan nuqtalar z bilan belgilanadi, xar bir nuqtaning struktur birlikga to'g'ri kelish nisbiyligi R deb olinsa, uning formulasi quyidagi ko'rinishda bo'ladi: $P=V_v/100$.

Leyomiomaning eng ko'p uchraydigan gistogenetik shakli bo'lgan oddiy hujayrali leyomiomaning to'qimasi tarkibidagi silliq mushak hujayralarining egallagan maydoni eng yuqori ko'rsatgichga ega bo'lganligi va o'rtacha foizlarda 64,3% tashkil qildi. Bu esa leyomioma to'qimasi umumiy maydonining 3/2 qismini tashkil qilganligi tasdiqlandi va leyomiomaning ushbu gistogenetik shakli to'qimasida asosiy o'rinni silliq mushak hujayralar tashkil qilishi aniqlandi. Silliq mushak hujayralar miofibrillalari egallagan maydon hujayralar maydoniga nisbatan 3,4 barobar kamligi aniqlandi. Demak, ushbu leyomiomaning shaklida silliq mushak



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



hujayralar proliferatsiyalanib, ko'payish jarayoni keskin ustunligi tasdiqlandi. Silliq mushak hujayralarning oziqlantiradigan qon tomirlar mayda kapillyarlardan iboratligi va ularning egallagan maydoni ancha kamligi, ya'ni 8,6% tengligi aniqlandi. Ushbu leyomiomaning oddiy shaklida hujayralarning mitozlanish jarayoniga xos bo'lgan mitozni ko'rsatadigan struktur o'zgarishlar aniqlanmadi.

Proliferatsiyalanadigan leyomiomada silliq mushak hujayralari egallagan maydon oldingi shakliga nisbatan biroz pastligi, ya'ni o'rtacha 51,7% tengligi kuzatildi. Bu ko'rsatgich ham nisbatan yuqoriligi bilan ajralib turadi, bu shaklda ham silliq mushak hujayralar to'qima maydonning yarmini egallaganligi, bunda hujayralarning proliferatsiyalanib, ko'payish darajasi yuqoriligini ko'rsatadi. Leyomiomaning ushbu shaklida miofibrillalar egallagan maydon hujayrali leyomiomaga nisbatan 4%ga oshganligi kuzatiladi. Ushbu leyomioma to'qimasida qon tomirlar nisbatan yirik va ko'p sonli bo'lganligidan, ularning egallagan maydoni ham yuqoriligi bilan ajralib turdi, bunda tomirlar o'rtacha 15,9% joyini egallaganligi kuzatildi. Stroma tuzilmalari nisbatan kam joyini egallaganligi va leyomiomaning bu shaklida silliq mushak hujayralar orasida mitozlar (2,8%) mavjudligi aniqlandi.

Epitelioid hujayrali leyomiomada to'qima tuzilmalarining miqdoriy ko'rsatgichlarida oldingi shakllariga nisbatan sezilarli darajadagi o'zgarishlar mavjudligi kuzatildi. Silliq mushak hujayralarning egallagan maydoni oldingi shakllariga va bundan keyingi atipik leyomioma shakliga nisbatan kamligi (41,3%) aniqlandi. Bunga qaramasdan ushbu leyomioma to'qimasida miofibrillalar egallagan maydon nisbatan yuqoriligi kuzatildi. Leyomiomaning ushbu shaklida qon tomir va stroma tuzilmalarini egallagan maydonlari deyarlik bir-biriga yaqin ko'rsatgichlarga egaligi kuzatildi. Ushbu shaklda silliq mushak hujayralari orasida mitozlar boshqa shakllariga nisbatan yuqoriligi, ya'ni 3,85%ga tengligi aniqlandi.

BACHADON MIOMALARINING TURLI GISTOLOGIK SHAKLLARIDAGI PATOMORFOLOGIK O'ZGARISHLAR

Alibekov O.O, Mamataliev A.R.
Andijon davlat tibbiyot institute

Ushbu tadqiqotda 2019-2022 yillar mobaynida 50 ta gisterektomiya tashrixi bajarilgan va 5ta boshqa sabablar bo'yicha bachadon amputatsiya qilingan bemor ayollar bachadon miomalari bioptatlari patomorfologik o'zgarishlari o'rganildi.

Oddiy leyomioma gistologik silliq mushak hujayralarini tartibsiz tarzda joylashgan, bir-biriga tutashgan kalta to'plamlaridan va ko'p miqdordagi kollagen tolalarini o'z ichiga olgan, yetuk biriktiruvchi to'qimadan iborat, yaxshi rivojlangan, qatlamlarga ajratuvchi to'siqlardan iboratligi kuzatildi. O'smadagi leyomiotsitlar nazorat guruhi miometriysi bilan solishtirilganda ular cho'zilgan duksimon shaklga va kattaroq o'lchamlarga (gipertrofiyalangan) egaligi aniqlandi. Stromasi asosan fibrotsitlar va fibroblastlar, devorlari sklerozlangan oz miqdordagi tomirlar



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



bilan ifodalandi. Ikkilamchi o'zgarishlar mikroskopik - shish, nekroz va gialinoz belgilari bilan aniqlandi.

Hujayrali leyomiomalar katta, cho'zilgan, giperxrom yadroli, gipertrofiyalangan va zich joylashgan, chegarasi noaniq bo'lgan leyomiotsitlarni to'plamlaridan va sust ifodalangan stromadan tashkil topib, o'sma stromasi asosan tomirlar va nozik biriktiruvchi to'qimali to'siqlardan iboratligi kuzatildi. Hujayra atipizmi va mitoz belgilari kuzatilmadi, hujayralar gipertrofiyasi va ko'p hujayralilik kuzatildi.

Mitotik faol leyomioma gipertrofiyalangan leyomiotsitlar va yetilmagan tomirli stroma mavjudligi bilan xarakterlandi. Yuqori kattalashtirishda (x400) 10 ko'rish sohasida 5-10ta mitoz belgilari kuzatildi. Mitotik faollik alohida ko'payish o'choqlari shaklida, sinusoid tipdagi tomirlar atrofida joylashgan "o'sish zonalari" da aniqlandi.

Xulosalar: Leyomiomaning gistologik turlari patogenetik va morfologik o'ziga xos xususiyatlari bilan tavsiflanadi, bu o'sma hujayralarida proliferatsiya va apoptoz jarayonlari nisbatining o'zgarishi bilan bog'liq bo'lib, bu ularning o'sish mexanizmlaridagi farqlarni keltirib chiqaradi. Oddiy leyomioma leyomiotsitlarda proliferatsiyadan apoptozning ustunligi bilan ajralib turadi. Bunday o'sma hajmining oshishi, ehtimol, nafaqat o'sma hujayralarining ko'payishi, balki ularni gipertrofiyasi, shuningdek, stroma elementlarini ko'payishi va uning ikkilamchi o'zgarishi natijasidir. Hujayrali leyomioma o'sma hujayralari ko'payish jarayonlarini apoptozga nisbatan bir oz ustunligi bilan tavsiflanadi. Hujayrali leyomioma hajmining ortishi leyomiotsitlarni ko'payishi va gipertrofiyasi, shuningdek, apoptozning kamayishi fonida ularni umrini uzayishi tufayli hujayralarni to'planishi bilan bog'liq. Mitotik faol leyomioma o'sma hujayralarini proliferatsiya jarayonlarining apoptozga nisbatan sezilarli ustunligi bilan tavsiflanadi, bu o'smalarni o'sishining asosiy shartidir. Stromani hosil bo'lishi, leyomiotsitlarning gipertrofiyasi va ularning umrini uzayishi ham mitotik faol leyomiomalarni hajmini oshirishga olib boradi. Stroma-parenxima nisbatlari oddiy leyomiomada tarkibida kollagen tolalari va ikkilamchi o'zgarishlarga olib boruvchi fibroblastik hujayralar ustun bo'lgan yetuk stroma bilan, hujayrali leyomiomada stroma oz miqdorda kollagen tolalari va tomirlari bo'lgan biriktiruvchi to'qimadan, mitotik faol leyomiomalarda stroma miqdori parenximaga qaraganda kamroq, u yetilmagan, neoangiogenez belgilari hamda fibroblast hujayralari "o'sish zonalari" va tomirlar atrofida leyomiotsitlarning mavjudligi bilan namoyon bo'ladi.

OIV BILAN KASALLANGANLAR ORASIDA TAMAKI CHEKISHNING XATAR OMILINING MUNTAZAM BOSHLANISH YOSHLARI

Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S
Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning Dolzarbligi: Ko'pgina xavf omillari – bu hayot tarzi omillari bo'lib, ularni bartaraf qilishning imkoni bor. Shuning uchun bu xavf omillari o'zgartirilish mumkin bo'lgan



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



turmush tarzi omillari bo'lib, terapevtik kontinuumning oldini olish uchun epidemiologik tadqiqotlarda katta qiziqish uyg'otadi.

Tadqiqot **Maqsadi:** OIV bilan kasallanganlar orasida tamaki chekish xatar omilining muntazam boshlanish yoshini va tarqalishini o'rganish.

Tadqiqot material va usullari: 507 nafar OIV bilan kasallangan va Andijon viloyati "OITS"ga qarshi kurash regional markazida dispanser hisobdagi bemorlar orasida tekshiruv olib borildi. 544 nafar erkaklar va 563 nafar ayollarda so'rovnoma o'tkazildi. Tadqiqotda so'rovnoma usulidan foydalanildi.

Tadqiqot natijalari Tekshiruvdan o'tgan 507 nafar bemorni tahlil qilish natijalari (3.1-jadval) OIV bilan kasallangan aholi orasida chekish keng tarqalganligini ko'rsatadi (30,6%). Ayollar (3,4%) va erkaklar (59,8%) o'rtasida chekish chastotasida statistik jihatdan ishonarli farqga ega bo'ldi, ya'ni OIV bilan kasallangan erkaklar orasida chekuvchilar ulushi ayollarga nisbatan 17,7 baravar yuqori bo'ldi ($P<0,001$).

Chekuvchilarning 12,9 foizi 25 yoshdan oldin muntazam ravishda chekishni boshlagan. Tekshirilganlarning 54,8 foizi 30 yoshdan oldin ($R<0,001$), 24,5 foizi 35 yoshdan oldin ($P<0,01$) va 5,2 foizi 35 yoshdan keyin ($R<0,001$) muntazam chekishni boshlagan. 30 yoshgacha bo'lgan yosh guruhida so'rovda qatnashganlarning 50%i 25 yoshdan kichikligida, 25,3%i ($R<0,05$) 29 yoshgacha va atiga 7,9%i 30 yoshdan ($P<0,001$) muntazam chekishni boshlagan. Xarakterli jihati shundaki, OIV bilan kasallangan 30-49 yoshlilarning 45 foizi 25 yoshdan boshlab chekishni boshlagan bo'lsa, bu ko'rsatkich 49 yoshdan oshgan odamlarda atigi 5 foizni tashkil qiladi ($P<0,001$).

Shunga o'xshash, ammo sezilarli darajada namoyon bo'lgan tendensiya 25-29 va 30-35 yosh guruhlarida kuzatildi.

Xulosa: Ushbu ma'lumotlar OIV bilan kasallangan hozirgi populyatsiyasida ko'plab chekuvchilar muntazam chekishni boshlash yoshi sezilarli darajada past ekanligini ko'rsatadi. Shuning uchun muntazam chekishning oldini olish bo'yicha faol chora-tadbirlar va dasturlar 25 yoshgacha bo'lgan OIV infeksiyasiga chalingan odamlarga qaratilgan bo'lishi kerak.

OIV BILAN KASALLANGAN AHOLI ORASIDA ORTIQCHA VAZNI VA TANA VAZNI YETISHMOVCHILIGI XATAR OMILINING TARQALISHI

Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning Dolzarbligi: Tana vaznining o'zgarishi ayniqsa tana vazni defisit xolatlari OIV fonida tez rivojlanadi hamda kelajakda boshqa somatik kasalliklar kelib chiqishida asosiy ro'l o'ynaydi. Bunga bemorlardagi lipodistrofiya holatlari ham sabab bo'lsa ikkinchidan surunkali tana haroratining ortishi va noratsional ovqatlanish sabab b'ladi. Ammo keyingi yillarda jahonning turli mintaqalarida ilingan natijalar bir biridan keskin farq qilmoqda. Biz uchun OIV



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



bilan kasallangan aholi orasida ortiqcha tana vazni va tana vazni yetishmovchiligi epidemiologiyasini qiyosiy jihatdan o'rganish juda dolzarb bo'lib tuyuldi.

Tadqiqot **Maqsadi:** Biz OIV bilan kasallangan aholi orasida ortiqcha tana vazni va tana vazni yetishmovchiligi epidemiologiyasini qiyosiy jihatdan o'rganishni maqsad qildik.

Tadqiqot material va usullari: 507 nafar OIV bilan kasallangan va Andijon viloyati "OITS"ga qarshi kurash regional markazida dispanser hisobdagi bemorlar orasida tekshiruv olib borildi. 544 nafar erkaklar va 563 nafar ayollarda so'rovnomma o'tkazildi. Tana vaznini baholash KI bo'yicha amalga oshirildi – tana vaznining (kg) bo'y (m) qiymatini kvadratga oshirilganiga nisbati quyidagi formulaga ko'ra: $\text{vazn}/\text{bo'y}^2 \times 100$. Kettle indeksi (KI) ko'rsatkichlari JSST tasnifiga muvofiq aniqlandi va baholandi.

Tadqiqot natijalari: Aniqlanishicha OIV bilan kasallangan bemorlarda tana vaznining buzilishi eng yuqori chastotada uchraydi. Olingan ma'lumotlarga ko'ra, tekshirilgan OIV-musbat shaxslarning 87,2 foizi tana vazni o'zgarishiga ega. 83,0% tana vazni yetishmovchiligiga ega va tekshirilgan shaxslarning faqat 4,1% ortiqcha tana vazniga ega ($P < 0,001$). Ma'lum bo'lishicha, ayollarning 76,0 foizi va OIV bilan kasallangan erkaklarning 99,1 foizi tana vazni o'zgarishi bilan kasallangan ($P < 0,05$). Shu bilan birga, ayollarning 3,4% ortiqcha tana vazni, 72,6% esa tana vazni yetishmovchiligiga ($P < 0,001$) ega. Aksincha, erkaklarda ortiqcha tana vazni va tana vazni yetishmovchiligi tarqalishi nisbatan yuqori chastota bilan tavsiflanadi - mos ravishda 4,9% va 94,2% ($P < 0,001$). Shunday qilib, erkaklarda tana vazni o'zgarishi chastotasi ayollarga qaraganda sezilarli darajada yuqori ekanligini ta'kidlash kerak. Topilgan farqlar statistik jihatdan ahamiyatli bo'ldi.

Xulosa: Ushbu ma'lumotlar OIV bilan kasallangan hozirgi populyatsiyasida ko'plab tana vazni o'zgarishi va ayniqsa tana vazni yetishmovchiligi ko'p uchrashini ko'rsatib turibdi. Ushbu bemorlarda keyinchalik boshqa terapevtik kontinuum kasalliklari rivojlanishini oldini olish uchun bemorlarda ratsional ovqatlanish orqali tana vaznini me'yorlashtirish talab qilinadi.

OIV BILAN KASALLANGAN AHOLI ORASIDA DISLIPIDEMIYA XATAR OMILLARINI TARQALISHI.

Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S
Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning Dolzarbligi: Uzoq vaqt davomida terapevtik kontinuumning rivojlanishi uchun asosiy xavf omillaridan biri sifatida lipid almashinuvi buzilishlarini davolashga yetarlicha e'tibor berilmadi. Biroq, 1970-yillardan boshlab, dislipidemiyani o'rganish va uning oldini olish bo'yicha tadqiqotlar, ayniqsa epidemiologik tadqiqotlar soni keskin oshdi. Framingham, MONICA, SEVEN, MRFIT kabi yirik epidemiologik tadqiqotlar natijalari yurak qon-tomir kasalliklarining rivojlanishida, ya'ni lipid almashinuvining buzilishini o'rganishda katta ro'l o'ynadi. Shunday qilib, MRFIT tadqiqotida qonda xolesterin konsentratsiyasi 300 mg/dl bo'lgan odamlarda koronar arteriya kasalligidan o'lim xavfi ushbu konsentratsiya 150 mg dan



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



oshmaydigan odamlarga nisbatan 4 baravar yuqori ekanligi qayd etildi. Shu munosabat bilan, populyatsiya darajasida dislipidemiya rivojlanishini o'rganish, va lipidlar almashinuvi buzilishining oldini olish bo'yicha yangi strategiyani ishlab chiqish muammosi hozirgi bosqichda eng muhim bo'lib turibdi.

Tadqiqot **Maqsadi:** biz OIV bilan kasallangan aholi orasida dislipidemiyaning tarqalishini va uning epidemiologik jihatlarini ham o'rganishni maqsad qildik.

Tadqiqot material va usullari: 507 nafar OIV bilan kasallangan va Andijon viloyati "OITS"ga qarshi kurash regional markazida dispanser hisobdagi bemorlar orasida tekshiruv olib borildi. 544 nafar erkaklar va 563 nafar ayollarda avtomat analizator yordamida qondagi bazal umumiy xolesterin, trigliserid va past zichlikdagi lipoproteinlar miqdori aniqlandi. Yevropa va Rossiya tavsiyalariga muvofiq (2007; 2008), XS qiymatlari $> 1,8$ mmol/l bo'lishi GXS sifatida qabul qilindi. Tadqiqot natijalari: OIV bilan kasallangan aholida lipidlar almashinuvining buzilishi ancha yuqori ko'rsatkichda (63,7%) uchradi. Lipid almashinuvi buzilishi OIVga chalingan erkaklarda (71,3%), ayollarga nisbatan (55,8%) ko'proq uchradi $R < 0,05$. Ayollarda va erkaklarda umumiy xolesterin, trigliseridlar va past zichlikdagi lipoproteinlar yuqori darajasining mos ravishda quyidagi ko'rsatkichlari kuzatiladi: umumiy xolesterinemiya erkaklarda 22,1% va ayollarda 26,6% ($P > 0,05$), gipertrigliseridemiya erkaklarda 17,9% va ayollarda 23,8% ($P > 0,05$) past zichlikdagi lipoproteinemiya erkaklarda 16,1% va ayollarda 20,9% ayollarda kuzatildi ($P > 0,05$).

Xulosa: Shunday qilib, olingan ma'lumotlar OIV bilan kasallangan erkaklar va ayollarda lipid almashinuvi buzilishining o'ziga xos xususiyatlari mavjudligini ko'rsatadi. Shuning uchun OIV bilan kasallangan bemorlarga terapevtik va profilaktik yordamni amalga oshirishda differensial yondashuv tavsiya etiladi. Bunday bemorlarga, birinchi navbatda, lipid almashinuvi buzilishi darajasini hisobga olgan holda, farmakoterapiyani ko'paytirish va albatta dislipidemiya bilan bog'liq holda faol ikkilamchi va uchlamchi profilaktika kerak. Ko'rinib turibdiki, OIVga chalingan kasallarda bunday holatlarda terapevtik kontinumni oldini olish uchun statin terapiyasini darhol tayinlash lozim.

TURLI YOSHDAGI OIV BILAN KASALLANGAN AHOLI ORASIDA DISLIPIDEMIYA XATAR OMILLARINING YOSHGA MOS RAVISHDA TARQALISHI.

Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S., Kalandarov D.M.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning Dolzarbligi: So'ngi yillarda dislipidemiya terapevtik kontinumning yetakchi xatar omillaridan biri bo'lib qolmoqda. Ayniqsa bu xatar omilini turli yoshdagi bemorlar orasida tarqalishi keskin farq qiliadi. Shu munosabat bilan, populyatsiya darajasida dislipidemiya rivojlanishini o'rganish, va lipidlar almashinuvi buzilishining oldini olish bo'yicha yangi strategiyani ishlab chiqish muammosi hozirgi bosqichda eng muhim bo'lib turibdi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Tadqiqot **Maqsadi:** Biz turli yoshdagi OIV bilan kasallangan aholi orasida dislipidemiyaning tarqalishini va uning epidemiologik jihatlarini ham o'rganishni maqsad qildik.

Tadqiqot material va usullari: 507 nafar OIV bilan kasallangan va Andijon viloyati "OITS"ga qarshi kurash regional markazida dispanser hisobdagi bemorlar orasida tekshiruv olib borildi. 544 nafar erkaklar va 563 nafar ayollarda avtomat analizator yordamida qondagi bazal umumiy xolesterin, trigliserid va past zichlikdagi lipoproteinlar miqdori aniqlandi. Yevropa va Rossiya tavsiyalariga muvofiq (2007; 2008), XS qiymatlari $> 1,8$ mmol/l bo'lishi GXS sifatida qabul qilindi. Tadqiqot natijalari: Yoshga bog'liq holda umumiy xolesterin miqdorining oshganlik darajasi 19,2% ga yoki 1,9 barobar ortishi bilan aniqlanadi ($P < 0,05$). OIV bilan kasallangan bemorlarning turli yosh guruhlarida umumiy xolesterin miqdorining ko'tarilish chastotasi: 20-29 yoshda - 20,8%, 30-39 yoshda - 31,2% ($P < 0,05$), 40-49 yoshda - 33,8% ($P < 0,05$) va 50-69 yoshda - 40,0% ($P < 0,05$). Gipertriglitsideremiya ham OIV bilan kasallangan aholining turli yosh davrlarida turli chastotalarda kuzatilgan. Shunday qilib, 20-29 yoshli bemorlarda 18,3%, 30-39 yoshda - 30,2% ($P < 0,05$), 40-49 yoshda - 30,7% va 50-69 yoshda - 30,0% ($P < 0,05$).

Bizda olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, OIV bilan kasallangan bemorlarda past zichlikdagi lipoprotein miqdorining ortishi yosh o'tishi bilan 2 barobar ko'proq aniqlanadi ($P < 0,05$). Ushbu lipid omilining tarqalishi turli yosh davrlarida o'zgarib turadi va quyidagi chastota bilan aniqlanadi: 20-29 yoshda - 10,7%, 30-39 yoshda - 6,8% ($P > 0,05$), 40-49 yoshda - 15,3% ($P < 0,05$) va $> 50-69$ yoshda - 20,0% ($P < 0,05$).

Xulosa: Bemorlarning yoshi ortib borishi bilan dislipidemiya kuchayib borgan. Bu natijalar asosida OIV bilan kasallanganlar orasida dislipidemiyaning bartaraf qilishda ayniqsa 40 yoshdan katta yoshli bemorlarga alohida e'tibor talab qilinadi.

YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARI BO'LGAN BEMORLARDA DEPRESSIV KASALLIKLAR VA ULARNI DAVOLASH

Artikova S.G.

Pediatriya fakulteti uchun ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Dolzarbligi. Depressiv buzuqlikda remissiyaga erishish o'zi davolashning muhim **Maqsadi** hisoblanadi, chunki depressiya YuQT bilan og'rikan bemorlarda hayot sifatini pasaytirish va sog'liqni saqlash xarajatlarini oshirishning asosiy omilidir, depressiyani davolash esa YuQT prognozini yaxshilashi mumkin, bu ham jozibali. istiqbol.

Tadqiqot **Maqsadi.** Ushbu **Tadqiqotning** **Maqsadi** YuQT bilan og'rikan bemorlarda depressiv kasalliklarning og'irligini baholash va ularni tuzatish edi.

Materiallar va usullari. Biz 211 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan turli xil kvd bilan og'rikan 65 bemorni tekshirdik, ulardan 104 (49,3%) erkaklar va 107 (50,7%) ayollar edi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Barcha bemorlar shikoyatlarni baholash, anamnez, fizik va laboratoriya instrumental tekshiruvlarini o'z ichiga olgan standart umumiy klinik tekshiruvdan o'tdilar.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqotga kiritilgan barcha bemorlarga gipertoniya tashxisi qo'yilgan. AG 1 osh qoshiq. 51 (24,2%), AH 2 osh qoshiq kasaliga. - 98 (46,4%) va AH 3 osh qoshiqda. - 62 (29,4%) bemorlarda. Atriyal fibrilatsiya 3-guruh bemorlarida (tarixda IHD va MI) birinchi va ikkinchi guruh bemorlariga nisbatan 2,7 va 1,9 marta sezilarli darajada tez-tez kuzatilgan ($p < 0,05$). Insult tarixi (ishemik yoki gemorragik) ham uchinchi guruhda birinchi va ikkinchi guruhga qaraganda ancha tez - tez aniqlangan-mos ravishda 4,4 va 2,0 marta ($p < 0,05$).

Tadqiqotga kiritilgan 211 bemordan 127 (60,2%) bemor Bek shkalasidan foydalanganda depressiv kasalliklar belgilarini ko'rsatdi. Shunday qilib, engil va o'rtacha depressiya (10-10 ball) 79 (37,4%) odamda, og'ir va og'ir (> 20 ball) - 68 (32,2%) bemorlarda tashxis qo'yilgan. Uchinchi guruh bemorlarida depressiv alomatlarining kuchayishi tendentsiyasi mavjud bo'lsa-da, guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar yo'q edi.

YuQT bilan og'irgan bemorlarda depressiv kasalliklarni davolash ma'lum xususiyatlarga ega. Birinchidan, ba'zi antidepressantlarning mumkin bo'lgan kardiotsik ta'siri haqida jiddiy xavotirlar mavjud. Ikkinchidan, agar depressiya belgilari stressli sog'liq hodisasidan kelib chiqsa (masalan, yurak-qon tomir hodisasi natijasida moslashish buzilishi), skrining va davolanishsiz spontan remissiya ehtimoli yuqori.

Uchinchidan, asosiy YuQT bo'lgan bemorlar uchun psixiatrik davolanishning mavjudligi farq qilishi mumkin. To'rtinchidan, depressiyaning engil subsindromal belgilarining mavjudligi YuQTda yomon prognoz bilan bog'liq bo'lsa-da, depressiyani standart davolash YuQT va engil depressiv kasalliklarga chalingan bemorlarga foyda keltiradimi yoki yo'qmi aniq emas.

Xulosa. Shunday qilib, tadqiqot YuQT bilan og'irgan bemorlarda depressiv kasalliklarning yuqori darajasini aniqladi, bu umumiy aholiga qaraganda ancha yuqori va shuning uchun YuQT bilan og'irgan bemorlarga depressiv kasalliklarni tekshirish tavsiya etiladi. Ushbu toifadagi bemorlarda SSRI paroksetinining yuqori samaradorligi va xavfsizligi ko'rsatilgan.

YURAK ISHEMIK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARDA DEPRESSIV HOLATLAR VA ULARNI DAVOLASH

Artikova S.G.

Pediatric faculty for internal diseases propedeutics department
Andijan State Medical Institute

Dolzarbli. Ushbu muammoni o'rganishning dolzarb yo'nalishlari depressiyaning kardiopatojen ta'sir mexanizmlarini, kardiologik amaliyotda somatizatsiyalangan depressiyalarning klinik xususiyatlari va differentsial diagnostikasini, yurak-qon tomir kasalliklari (KVH) bo'lgan bemorlarda depressiv kasalliklarni davolash masalalarini o'rganishdir. Depressiya



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



yurak-qon tomir tizimining holatiga keskin ta'sir ko'rsatadigan o'ziga xos patofiziologik mexanizmlarni boshlaydi.

Tadqiqotning Maqsadi. Ushbu **Tadqiqotning Maqsadi** koronar arteriya kasalligi bo'lgan bemorlarda depressiv kasalliklarning klinik o'ziga xosligini o'rganish edi. CHD xavf omillarini o'rganish va baholashda biz yoshi, jinsi, CHD davomiyligi, kasbiy va xulq-atvor xavf omillari, yomon odatlar (chekish, spirtli ichimliklar), irsiy KVH yukini hisobga oldik.

Materiallar va tadqiqot usullari: belgilangan vazifalarni hal qilish uchun AGMI klinikasining kardiologiya bo'limida statsionar davolangan 48 bemor (m-28, 58,3%; f-20, 41,7%) tekshirildi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot uchun inklyuziya mezonlari: koronar arteriya kasalligi va depressiv kasalliklarga chalingan 18 yoshdan oshgan kasal erkaklar va ayollar. Tadqiqotdan chiqarib tashlash mezonlari: og'ir qo'shma kasalliklar (jigar va buyraklar faoliyatining buzilishi va boshqalar.). Yurak ishemik kasalligi tarixining davomiyligi - 34 yilgacha; bir qator bemorlarda u birinchi marta aniqlandi. Koronar arteriya kasalligi bilan og'rikan bemorlarning aksariyati 45-60 yoshda tashxis qo'yilgan. 10 bemorda ishemik insult tarixi bo'lgan.

Yurak ishemik kasalligi va depressiv kasalliklarga chalingan bemorlarning klinik kuzatuv tadqiqotlari ularni somatogen, endogen va psixogen kasalliklar sifatida aniqlashga imkon berdi. Barcha bemorlar kardiologlar tomonidan HADS shkalasi yordamida tekshirildi. Kasalxonadagi tashvish va depressiya shkalasi (HADS) depressiya va xavotirni tekshirish uchun ishlatilgan. Hamilton shkalasi (HADS) skriningni tekshirish va depressiya belgilarining og'irligini baholash uchun ishlatilgan.

Antidepressantlarni tayinlashdan keyin 38 (62,5%) bemorning ahvoli yaxshilandi. Shu munosabat bilan terapevtik amaliyotda antidepressantlarni buyurish maqsadga muvofiqdir.

Xulosa. Ushbu tadqiqot natijalari koronar arteriya kasalligi bo'lgan bemorlarni davolashda kompleks yondashuvning ratsionalligini tasdiqlaydi, bu davolash va diagnostika jarayonini optimallashtirishga imkon beradi, rehabilitatsiya taktikasini ilgari suradi va bunday bemorlarning hayot sifatini yaxshilaydi.

KO'RISH PATOLOGİYASI BO'LGAN BOLALARNI JISMONIY REABILITATSIYA QILISH VOSITALARI

Ashuraliyeva M.A.

**Bolalar kasalligi va poliklinika pediatriyasining propedevtikasi kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute**

Dolzarblik. Bugungi kunda nogironlik muammosi ayniqsa dolzarbdir. Ekologik ofatlar, urushlar, kriminogen vaziyat, og'ir irsiyat, kasalliklar, jarohatlar nogironlar sonini yildan-yilga ko'paytirmoqda.

Hayot uchun sharoit yaratish, tashqi dunyo bilan yo'qolgan aloqani tiklash, muvaffaqiyatli davolanish va keyinchalik tuzatish, psixologik-pedagogik rehabilitatsiya, odamlarning sog'lig'ida



sezilarli og'ishlarga ega bo'lgan ijtimoiy-mehnat moslashuvi muammosi jamiyat uchun muhimdir.

Ko'zi ojiz va ko'zi ojiz bolalarda motor faolligi sezilarli darajada pasayadi, bu esa vizual nuqson tufayli rivojlanishida eng nuqsonli vosita analizatorining shakllanishiga salbiy ta'sir qiladi. Ko'rish qobiliyati qanchalik erta bo'lsa yoki yo'qolsa, bunday bolalarning rivojlanishidagi og'ishlar shunchalik aniq bo'ladi.

Tadqiqotning Maqsadi. Ko'rish funksiyasi buzilgan bolalarda tavsiya etilgan jismoniy reabilitatsiya samaradorligini baholang.

Materiallar va tadqiqot usullari. Funktsional ko'rish buzilishi guruhiga kiruvchi 150 nafar nogiron bolalar kuzatilgan. Ko'rish qobiliyati past bo'lganlar orasida 74 (49,3%) bola, vizual analizatorning organik shikastlanishi bo'lgan 7 (4,6%) bola va 69 (46%) bolalar bor edi, ular indikativ va kognitiv faoliyatda ko'rish qobiliyatidan foydalana olmaydilar.

Tadqiqot natijalari. Jismoniy faoliyatga moslashuvning pasayishini hisobga olgan holda, biz mashg'ulotning **Kirish** qismining davomiyligi 35% gacha bo'lgan mashqlar terapiyasi bo'yicha maxsus mashqlar to'plamini ishlab chiqdik. Asosiy qismi 50% vaqtni, yakuniy qismi 15% ni tashkil etdi. Ishlab chiqilgan kompleks 53 (35%) bolalarda ko'rish apparati nuqsoni, yoshi, jinsi va jismoniy holatini hisobga olgan holda qo'llanilgan.

Xulosa. Amalga oshirilgan jismoniy mashqlar to'plami 75 (50%) bolalarda vizual funksiyalarni optimallashtirishga yordam berdi va 2 (1,3%) da operatsiyadan qochishga yordam berdi.

BEMORNI PEDIATRIK ONKOLOG BILAN MASLAHATLASHISHGA YUBORISHNING MAQSADGA MUVOFIQLIGINI ANIQLASH ALGORITMI

Ashuraliyeva M.A.

**Bolalar kasalligi va poliklinika pediatriyasining propedevtikasi kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute**

Dolzarblik. So'nggi o'n yilliklarda bolalarda saraton kasalligining barqaror o'sishi davom etmoqda, ularning aksariyati umumiy bosqichlarda tashxis qo'yilgan. Shu bilan birga, bemorlarning atigi 5,2 foizi faol ravishda aniqlanadi (rejalashtirilgan profilaktik tekshiruvlar paytida).

Tadqiqotning Maqsadi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida aniqlangan bemorlarning foizining oshishi.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tuman pediatri tomonidan bemorni bolalar onkologiga konsultatsiya qilish uchun yuborishning maqsadga muvofiqligini aniqlash uchun anketa-algoritm ishlab chiqilgan bo'lib, u aniq javoblar (ha/yo'q) bilan 20 ta banddan iborat bo'lib, uni dispanserizatsiya paytida pediatrlar tomonidan ikki yoki undan ortiq "ha" javoblari bilan



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



to'ldirish bemorga maslahat berishni tavsiya qiladi. bolalar onkologi va bitta ijobiy javob bo'lsa-dinamik kuzatuv.

Tadqiqot natijalari. Rejalashtirilgan profilaktik tekshiruvlar paytida bemorlarning atigi 5 foizi aniqlanadi. Biroq, ijobiy dinamika qayd etildi: so'nggi 5 yil ichida 1,4 foizga o'sish. Shu bilan birga, bemorlarning 76 foizi kasalliklarning umumiy bosqichlarida, 24 foizi lokalizatsiya qilinganlarda aniqlanadi.

Xulosa. Kasalliklarning keng tarqalgan bosqichlarida aniqlangan bemorlarning ustunligi tuman pediatrlari shifokorlarining "onkologik ehtiyotkorligi" va bolalarda onkologik kasalliklarning atipikligi, o'ziga xos alomatlarining yo'qligi, ko'plab "klinik niqoblar" mavjudligi va bolalar populyatsiyasining kasallanish tarkibida malign neoplazmalarning kamligi bilan izohlanadi. Ishlab chiqilgan algoritm bemorlarni tekshirishda sub'ektiv omilni istisno qilishga qaratilgan.

MUDDATIDAN AVVAL TUG'ILISHNING ZAMONAVIY MUAMMOLARI

Asranqulova D.B.

Akusherlik va ginekologiya kafedrası №1
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Erta tug'ilish muammosi zamonaviy akusherlikda eng dolzarb masalalardan biri bo'lib, bu birinchi navbatda erta tug'ilishning bolalar uchun oqibatlari bilan bog'liq: erta tug'ilgan chaqaloqlarda perinatal kasallanish va o'lim to'liq tug'ilgan chaqaloqlarga qaraganda 40 baravar yuqori. Bu nafaqat ijtimoiy, balki iqtisodiy muammodir.

Dunyoda erta tug'ilish darajasi 5-10% ni tashkil qiladi. Erta tug'ilgan chaqaloqlar erta neonatal o'lim holatlarining 60-70 foizini tashkil qiladi. Erta tug'ilishni o'rganish erta tug'ilgan chaqaloqlarning o'limi va kasallanishining yuqori darajasi bilan bog'liq bo'lib, bu o'z vaqtida tug'ilishga qaraganda 8-13 baravar tez – tez kuzatiladi, shuningdek, ushbu bolalar kontingentini parvarish qilish va rehabilitatsiya qilish uchun sog'liqni saqlash tizimining ulkan resurslariga bo'lgan ehtiyoj. Shunday qilib, erta tug'ilish muammosi zamonaviy akusherlikda eng dolzarb masalalardan biri bo'lib, uni hal qilishda ko'p tomonlama o'rganish va kompleks yondashuvni talab qiladi. Shu bilan birga, perinatal natijalarga homiladorlikni uzaytirish samaradorligini baholashning asosiy mezonini va erta tug'ilgan homila bilan tug'ilishni boshqarish taktikasi sifatida alohida e'tibor berilishi kerak.

Tadqiqotning Maqsadi: homiladorlik davri va etkazib berish usuliga qarab erta tug'ilishda perinatal natijalarni tahlil qilish. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda PRning oqibatlarini baholang.

Materiallar va usullar. Ishda qo'yilgan vazifalarni bajarish uchun 24-37 haftalik homiladorlik davrida 50 ta tug'ilish tarixi va 2019 yilda yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 50 ta rivojlanish tarixi retrospektiv tahlil qilindi



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Natijalar va munozaralar. Tadqiqot davomida shuni aniqladiki, ko'pincha PR homilador ayolning 28 yoshdan 34 yoshgacha bo'lganida paydo bo'ladi, shuningdek, PR uchun etakchi xavf omillari: PID, arterial gipertenziya mavjudligi; xususiyatlar orasida Pio, FPN va tug'ruqdan keyingi davrda qon ketish eng ko'p uchraydi.

Tug'ilish tarixi va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning rivojlanish tarixini retrospektiv tahlil qilish asosida, IV darajali IVFNING yo'qligi va erta tug'ilgan chaqaloqlarda SDR paydo bo'lishining pasayishi tufayli homiladorlik davrida 34 haftagacha bo'lgan davrda Pia uchun kutish taktikasini eng samarali deb tasniflashga imkon beradigan **Xulosa** chiqarildi.

Shuningdek, perinatal natijalarni baholashda yangi tug'ilgan chaqaloqlar orasida eng ko'p uchraydigan asorat Markaziy asab tizimining gipoksik shikastlanishi va retinopatiya ekanligi aniqlandi. Shunday qilib, prenatal tayyorgarlik bosqichida va homiladorlik paytida asosiy xavf omillarini erta aniqlash, shuningdek homiladorlikning turli davrlarida PRni boshqarish uchun to'g'ri taktikani tanlash PRning o'zi va homila asoratlari chastotasini kamaytirishi mumkin.

Eng keng tarqalgan PR 28-34 yoshda (27%). Pid xavf omillaridan birinchi o'rinda turadi-49%, arterial gipertenziya 37%. Homiladorlikning eng dahshatli asoratlari FPN-36% va tug'ruqdan keyingi davrda qon ketish bo'lib, homilador ayollarning 30 foizida aniqlangan. PR 40% hollarda PIODAN boshlanadi.

Homiladorlikning turli davrlarida PIOV uchun PRni boshqarish taktikasini qiyosiy tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, tug'ilish paytida homiladorlikning 22-27 xaftaligidagi faol taktikadan ko'ra kutish taktikasining afzalliklari bolalarda IV darajali IVF (0%) yo'qligi va og'ir SDR (18%) ning past darajasi, shuning uchun C guruhidagi yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 89 foizida. faol taktika bilan o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasini (ventilyator) o'tkazish talab etilardi, ventilyatorning kutish taktikasi bilan esa yangi tug'ilgan chaqaloqlarning atigi 39 foizi o'tkazilardi. Shunday qilib, faol boshqaruv taktikasi bilan o'lim 40% ni tashkil etdi%, va kutish bilan-2%.

Homiladorlikning 28-30 xaftaligida, IV darajali VZHK faol va kutish taktikasi bo'lgan guruhlardagi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yo'q edi. III darajali VZHK faol taktikasi bo'lgan bolalarga 25% tashxis qo'yilgan, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda Markaziy asab tizimining kutilayotgan shikastlanishi bo'lmagan. Faol taktikada og'ir SDR bolalarning 22 foizida, kutish holatida — 17 foizida, faol boshqaruv bilan kislorodga ehtiyoj -35 foiz, kutish holatida-25 foiz, o'lim darajasi - 17 foizni tashkil etdi.faqat akiv boshqaruv taktikasiga ega bolalar guruhlarida.

Homiladorlik davrida 31-33 haftalik tahlil shuni ko'rsatdiki, II darajali VZHK faol taktikasi bilan bolalarning 14 foizida tashxis qo'yilgan va o'rtacha 20% SDR, II darajali VZHK kutish taktikasi bilan esa umuman yo'q edi va o'rtacha og'irlikdagi SDR 12%, faol taktika bilan ventilyator 25%, va kutish bilan -10%, faol taktika bilan o'lim darajasi 10%.

34 haftadan so'ng ivh i-II st 10% faol taktika bilan,7% kutish bilan. O'rtacha og'irlikdagi RDS 5% faol taktika bilan, -4% kutish bilan tashxis qo'yilgan bo'lsa, kutish taktikasi bilan kislorodga bo'lgan ehtiyoj 13% ni tashkil etdi, bu faol(10%) dan yuqori, faol guruhdagi bolalar uchun o'lim-2% va kutish taktikasi bo'lgan guruhda -4%.

Perinatal natijalarni baholash shuni ko'rsatdiki, erta tug'ilgan chaqaloqlarda PRning eng keng tarqalgan oqibati yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 34 foizida tashxis qo'yilgan Markaziy asab



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



tizimining gipoksik shikastlanishi, 24 foizida retinopatiya, shuningdek, 15% da intrauterin infektsiya mavjudligi aniqlangan (10% bolalarda pnevmoniya), 12% da RDS, ochiq arterial kanal - 3%, asfiksiya -2%.

Xulosalar. Shunday qilib, homiladorlikni muddatidan oldin tugatish muammosi zamonaviy akusherlikda eng dolzarb masalalardan biri bo'lib, uni hal qilishda ko'p tomonlama o'rganish va kompleks yondashuvni talab qiladi.

Shu bilan birga, perinatal natijalarga homiladorlikni uzaytirish samaradorligini baholashning asosiy mezon va erta tug'ilgan homila bilan tug'ilishni boshqarish taktikasi sifatida alohida e'tibor berilishi kerak.

DIFFUZ TOXIK BO'QOQNI SUBTOTAL THYREOIDEKTOMIYA USULI BILAN DAVOLASH SAMARADORLIGINI MORFOLOGIK TEKSHIRUV NATIJALARI OSTIDA BAHOLASH.

Ataxanov Sh.E., Xamidov F.Sh., Djalolov A.C..

O'zbekiston Respublikasi, Andijon Davlat Tibbiyot Instituti.

Tadqiqotning **Dolzarbligi:** Morfologik tadqiqotlar ma'lumotlari asosida olingan makropreparatlarning funktsional faolligidagi morfologik tuzilishga qarab, qalqonsimon bez to'qimalarining atrofiyasi yoki qaytalanishiga olib keladigan va kelajakda diffuz toxik bo'qoq(DTB) fonida autoimmun thyreoidit(AIT)-ning rivojlanishiga olib keladigan o'zgarishlar aniqlandi, ya'ni kasallikning asoratlari yanada sezilarli paydo bo'lishiga olib kelindi. DTB bilan og'rigan bemorlarni qalqonsimon bez to'qimalarida morfologik o'zgarishlar juda xilma-xildir. Shuni alohida ta'kidlash kerakki, gistologik ko'ruv kasallikning klinik ko'rinishiga mos keladigan sezilarli farqlarga ega bo'lishi mumkin. Toxik bo'qoqning o'ziga xos morfologik belgilari epiteliyning o'zgarishi va stroma distrofiyasi bilan thyreoid epiteliysining gyperplastik jarayonlariga bog'liqdir. Qalqonsimon bez tuzilishining turli xil proliferativ jarayonlarning ustunligiga qarab bir nechta variantlarini ajratish printsiplal jihatdan qabul qilingan. Kolloid variantda thyreoid epiteliysining papillyar o'simtalar xosil bo'lishi bilan ko'payishi jarayonlari ustunlik qiladi

Shubhasiz bo'qoqning toxik shakllarida qalqonsimon bezning morfologik o'zgarishini o'rganuvchi tadqiqotlar natijalari juda ko'p o'xshashliklarga ega bo'lsa-da, taqdim etilgan ma'lumotlarning xilma-xilligi bilan ajralib turadi. Shu bilan birga, mualliflar fikriga ko'ra, DTB bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik usuli bilan davolashni tanlash ko'pincha qalqonsimon bezning morfologik o'zgarishiga bog'liq.

Shunday qilib, qalqonsimon bezdagi o'zgarishlarning tabiati va darajasi uning autoimmun stimulyatsiyasi darajasiga bevosita bog'liq ekanligi to'g'risida ishonchli dalillar mavjud emas. Bunday holda, a'zoda yuzaga keladigan patomorfologik jarayonlarni noto'g'ri talqin qilish kasallikning qaytalanishiga olib kelishi mumkin.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Operatsiyadan keyingi hypothyreoidizm (OKG) diffuz toksik bo'qoq bilan operatsiya qilingan bemorlarda ko'proq uchraydi. O'tkazilgan morfologik tekshiruvlar epiteliy to'qimalarining miqdori kamayganligini va ekstrakollikulyar va stromal komponentlar sonining ko'payganligini ko'rsatdi. Buning natijasida muammolarning **Dolzarbligi:** kasallikning qaytalanishida og'rigan bemorning yoshi, kasallikning davomiyligi, thyreostatiklarni qabul qilishi, qalqonsimon bezning kattaligi va qalqonsimon bezning morfologik tuzilmalarining holati muhim rol o'ynashi yuzaga keldi.

Tadqiqotning Maqsadi: Diffuz toksik bo'qoqni Subtotal thyreoidektomiya usuli bilan davolash samaradorligini aniqlashda morfologik tekshiruv natijalarini oxiriga yetkazishdan iborat.

Tadqiqot materiallari va usullari: ushbu ish 2015 yildan 2019 yilgacha bo'lgan davrda ADTI Klinikasining III jarrohlik bo'limida 363 nafar DTB bor bemorlarni jarrohlik usuli davolash natijalarini tahlil qildik. Ulardan 258 nafar bemorda – qalqonsimon bezning subtotal thyreoidektomiyasini klinika usulida takomillashtirish operatsiyasi(QBSTKUTO) o'tkazildi, bunda - qalqonsimon bezning transplantat to'qimasini 2 g-gacha qoldirish bilan (1-guruh) va 85 nafar bemorda – intraoperatsion nativ thyreoid to'qimasining autotransplantatsiyasi qo'llanilgan subtotal thyreoidektomiyasida(IONTTATQST) - 0,5 g-dan 1 g-gacha va 1,5 g-dan 2 g-gacha bo'lgan autotransplantatsiyasi (2-guruh) bajarildi. Barcha bemorlarga qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvi va tapb o'tkazildi. Ultratovush tekshiruvi aloka-630, Ultramark-9, aloka — SSD5500, Phillips en Visor, Medison Pico ultratovush skanerlarida 7,5-12 MGts datchiklari bilan amalga oshirildi. Sitologik tadqiqotlar uchun material yig'ish N. A. Shapiro (1996): smearda kamida 6 ta hujayra to'plami (10 ta hujayra va undan ko'p) baholandi. TAPB bemor yotgan holatda, rulo ostida amalga oshirildi. Tadqiqot ishi operatsion materialda amalga oshiriladi. Diffuz toksik bo'qoq bilan kasallangan 363 bemordan olib tashlangan qalqonsimon bezlarni morfologik o'rganish o'tkazildi. Qalqonsimon bezlar makroskopik (o'lchamlari, massasi, sirt holati, kesma ko'rinishi) va mikroskopik tekshirildi. Gistologik tekshiruv uchun chap va o'ng loblardan va istmusdan bez to'qimalarining qismlari olingan. Parchalar 10 kun davomida 10% tamponlangan formalinda o'rnatildi, ortib borayotgan kuch spirtlari orqali o'tkazildi va kerosinga quyildi. Parafin bloklaridan qalinligi 5 mikron bo'lgan qismlar tayyorlandi. Bo'limlar gematoksilin va eozin bilan bo'yalgan, Van gizon tomonidan pikrofuksin, toluidin ko'k, Mallorining so'zlariga ko'ra, uglevodlarni aniqlash uchun Chic reaksiyasi o'tkazildi. Sud-tibbiy ekspertiza byurosida otopsiyada olingan 30 ta qalqonsimon bez nazorat sifatida ishlatilgan.

Tadqiqot natijalari va ularni muhokama qilish. Tadqiqot davomida reabilitatsiya qilish uchun kasalxonaga yotqizilgan 363 nafar bemorni qayta tekshirishda operatsiyadan keyingi asoratlar va operatsiyadan keyingi morfologik ma'lumotlar natijalari **Xulosalari** olindi. Qalqonsimon bez to'qimalarida autoimmun tajovuzning aks etishi va limfoid infiltratsiyaning tarqalishi hisobga olindi. DTB bilan og'rigan bemorlarda OKG ko'payishining sabablaridan biri qalqonsimon bezdagi autoimmun jarayonlar edi. Gypothyreozning rivojlanishi qanchalik xavfli bo'lsa, autoimmün jarayonlar darajasi shunchalik yuqori bo'ladi. Qalqonsimon bezning limfoid infiltratsiyasining namoyon bo'lish darajasi gistologik bo'limlar tomonidan vizual yarim



kattalashuv shaklida baholandi, bunda alohida va oz miqdordagi limfoid elementlar kuzatiladi. Ba'zi namunalarida ahamiyatsiz va ba'zilarida esa ta'sirchan o'lchamdagi limfoid follikullar aniqlangan. Hujayraning tarvaqaylab ketgan papillalarining shakllanishi va stromal tarkibiy qismlarning ko'pligi, shuningdek, uzoq muddatli AIT rivojlanishi va DTB-ning qaytalanishi uchun muhim omillar bo'lgan. DTB bilan og'rikan bemorlarni davolashda subtotal thyreidektomiyadan so'ng DTB bilan og'rikan bemorlarda takrorlanish va operatsiyadan keyingi hypothyreoidizm darajasi qolgan bezning og'irligiga va uning morfologik tuzilishiga bog'liq ekanligi aniqlandi. Bemorlarda dtz va OKG-ning qaytalanishi thyreotoksikozning jinsi, yoshi, davomiyligi va og'irligiga bog'liq emasligi aniqlandi.

Xulosalar: 1. Qalqonsimon bez rezektsiyasidan o'tgan barcha 363 nafar bemorda morfologik tadqiqotlar DTB va OKG-ning qaytalanishiga olib keladigan omillarni aniqladi: interfollikulyar va ekstrapollikulyar epiteliystromal va limfoid infiltratsiya bilan mo'tadil papillaning proliferatsiyasi kabi komponentlarning ko'p mavjudligidadir.

2. Hujayraning tarvaqaylab ketgan papillalarining shakllanishi va stromal tarkibiy qismlarning ko'pligi ham uzoq muddatli AIT rivojlanishining muhim omillari va DTB-ning qaytalanishi hisoblandi. Gypothyreozning rivojlanishi qanchalik xavfli bo'lsa, autoimmun jarayonlar darajasi shunchalik yuqori bo'ldi.

3. Qalqonsimon bez to'qimasidagi morfologik o'zgarishlar to'g'ridan-to'g'ri qalqonsimon bezning autoimmun stimulyatsiyasi darajasiga bog'liq edi. Qalqonsimon bezning autoimmun stimulyatsiyasining past darajasi bilan proliferativ o'zgarishlar aniq emas va thyreoid epiteliysining sklerozi va o'rnini bosish jarayonlari eng ko'p tarqalganligi aniqlandi. Qalqonsimon bezning autoimmun stimulyatsiyasining ko'payishi bilan proliferativ va gyperplastik jarayonlar ustunlik qildi.

4. DTB-ni davolashda subtotal thyreidektomiyadan keyin DTB-ning qaytalanishi va OKG-ning chastotasi qoldirilgan bez cho'ltog'ining og'irligiga emas, shak-shubxasiz uning morfologik tuzilishiga bog'liq ekanligi aniqlandi. DTB va OKG-ning qaytalanishi bemorning jinsi, yoshi, kasallikning davomiyligi va thyreotoksikozning og'irligiga bog'liqligi aniqlandi. Autoimmun jarayonlar qalqonsimon bezning limfoid infiltratsiyasining vizual yarim kattalashishi shaklida hosil bo'lgan.

SURUNKALI PANKREATIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA O'N IKKI BARMOQLI ICHAK DISTROFIYASINING DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH TAKTIKASI

Baybekova G. J.

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Kirish. Oshqozon osti bezi sekretsiasining ichak bosqichida (oshqozon osti bezi) ovqatdan keyingi sharbat hajmining 70-80% chiqariladi, uning ferment tarkibi o'n ikki barmoqli ichak ximasidagi ozuqa moddalari tarkibiga moslashgan.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Adreno - va holinoreaktiv Markaziy ildiz tuzilmalari ham tuzatishda ishtirok etadi duodenoankreatik substrat-ferment sekretiyaning moslashuvi.

Tadqiqot **Maqsadi.** Faol o'n ikki barmoqli ichak dekompressiyasi yordamida o'tkir og'ir va o'rtacha nekrotik biliar pankreatitni davolash natijalarini yaxshilash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Yu Atabekov nomidagi ADTI institutida 2022-2023 yillarda SP bilan kasallangan 51 nafar bemor operatsiya qilingan. SP tashxisi kasallikning klinik belgilari (qorin og'rig'i) asosida va radiatsiya diagnostikasi usullari bilan aniqlangan quyidagi mezonlarning majburiy mavjudligi bilan o'rnatildi:

- 1) kompyuter tomografiyasi bo'yicha oshqozon osti bezi hajmining oshishi (asosiy mezon boshning 30 mm dan oshishi) yoki uning atrofiyasi (boshi 23 mm dan kam ,tanasi 20 mm dan kam va dumi 15 mm dan kam);
- 2) virsungolitiya va / yoki parenximal kalsinatlar;
- 3) pankreatik gipertenziya (oshqozon osti bezi kanalining kengayishi 5 mm yoki undan ko'p);
- 4) postnekrotik intrapankreatik kistalar.

Tadqiqot natijalari. Kasallikning rivojlanish xronologiyasi shuni ko'rsatdiki, 43 bemorning 54,4 foizida (79%) kasallik spirtli ichimliklarni iste'mol qilish bilan bog'liq o'tkir pankreatit bilan boshlangan, bu 38 holatda statsionar davolanishni talab qilgan. Keyinchalik, bu odamlar vaqti-vaqti bilan H. P mos intensivligi yuqori qorin og'riq tajribali.kasallik ularning intensivligi va yuzaga chastotasi ortishi bilan ta'qib kimning birinchi alomat yuqori qorin bir oz og'riq edi 33 (41,8%) bemorlarda asta-sekin rivojlangan. Oldingi og'riq sindromisiz mexanik sariqlik 2 (2,5%) bemorda kasallikning birinchi klinik ko'rinishi edi, o'rtacha qorin og'rig'i keyinroq paydo bo'ldi. Birinchi alomat sifatida DPC tarkibining buzilishi faqat 1 (1,3%) bemorda qayd etildi. Birinchi alomatlar ro'yxatga olingan paytdan boshlab dd tashxisiga qadar kasallikning davomiyligi 2 oydan 14 yilgacha va o'rtacha 32 oyni tashkil etdi.

Qorin og'rig'i kasallikning asosiy alomati bo'lib, 78 (98,7%) bemorda mavjud edi. Har 2 haftada bir marta 40 bemorda qorin og'rig'i paydo bo'ldi. Og'riq 38 kishida haftada bir martadan ko'proq kuzatilgan, shundan 24 kishi vizual-analog shkala bo'yicha 6 balldan oshgan og'riq intensivligiga ega edi. Kasallikning mutlaqo og'riqsiz varianti 1 (1,3%) bemorda H. P. kasallik o'n ikki barmoqli ichakning dekompensatsiyalangan stenozi va safro gipertenziyasi bilan namoyon bo'ldi.

Kasallikning tez-tez uchraydigan alomati 46 (58,2%) bemorda qayd etilgan va 18,8 oy ichida 2% ga etgan tana vaznining yo'qolishi edi.

Biliar gipertenziya 30 (38,0%) bemorda topilgan, ulardan 9tasida mexanik sariqlik bor edi. 28 (35,5%) bemorda o'n ikki barmoqli ichak o'tkazuvchanligi buzilishining klinik belgilari aniqlandi, shundan 13 (16,5%) rentgen tekshiruv paytida kontrast moddani oshqozondan evakuatsiya qilish buzilganligini aniqladi. CA19-9 saraton markerining yuqori darajasi 15 (19,0%) bemorlarda aniqlandi.

Qorin bo'shlig'ining transabdominal ultratovush tekshiruv paytida 40 (50,6%) bemorlarda o'n ikki barmoqli ichakning tushayotgan qismi devorining qalinlashishi shaklidagi tipik o'zgarishlar, uning qalinligida yumaloq shakllar va aniq konturlar bilan anekoik tuzilmalar mavjudligi aniqlandi. Qolgan kuzatuvlarda ultratovush namunasi CP ga to'g'ri keldi



Bugungi kunga kelib, morfologlar dd va chiziqli pankreatitning morfologik ko'rinishlari juda yaqin bo'lishiga qaramay, turli xil kasalliklar ekanligi haqidagi savolga aniq javob bera olmaydilar. Buning natijasi N. Adsay va G. Zamboning taklifi edi [4] "paraduodenal pankreatit" jamoaviy atamasidan foydalanish.

Bizning tadqiqot natijalariga ko'ra, yo'l - yo'l pankreatit dd bilan bemorlarning 69,6% edi, me'da osti bezi to'qimalarining heterotopy-30,4%. Ushbu morfologik o'zgarishlar bir xil klinik ko'rinish bilan tavsiflanganligi, bir xil davolanishni talab qilganligi va faqat morfologik tekshiruv bilan tasdiqlanganligi sababli, biz ularni alohida kasalliklar deb hisoblashni zarur deb hisoblamadik. DPC devorining kist-yallig'lanishli transformatsiyasining umumiy nomi sifatida biz mamlakatimizda qabul qilingan "o'n ikki barmoqli ichak distrofiyasi" atamasini ishlatdik.

Shunday qilib, to'plangan jamoaviy tajribaga asoslanib, CP bilan og'riqan bemorlar DPC devorining kistik-yallig'lanishli transformatsiyasini boshdan kechirishi mumkin, bu kasallikning og'irligini kuchaytiradi. Shu bilan birga, o'n ikki barmoqli ichak devorining zararlanishi birinchi navbatda sodir bo'lgan aholining taxminan 6-20% ni tashkil etuvchi bemorlarning kichik guruhi mavjud bo'lib, oshqozon osti bezi gipertenziyasi va CPNING ikkilamchi rivojlanishiga olib keladi.

Xulosa. Shunday qilib, o'n ikki barmoqli ichak devorining kistik-yallig'lanishli o'zgarishi ob'ektiv haqiqatdir. O'n ikki barmoqli ichak distrofiyasi (DD) deb ataladigan ichak devoridagi bu o'zgarishlar ko'pincha surunkali pankreatitning (CP) asoratidir, ammo ularning birlamchi paydo bo'lishi ham mumkin, so'ngra H. P. ga mos keladigan oshqozon osti bezi to'qimalarida o'zgarishlar qo'shilishi mumkin. va H. P. ning simptom kompleksidan farq qilmaydigan alomatlarga kamayadi.

OSHQOZON OSTI BEZI EKZOSEKRETSIYASI VA GASTRODUODENAL KOMPLEKSNING EVAKUATSIYA FAOLIYATINING O'N IKKI BARMOQLI ICHAK KONJUGATSIYASI

Baybekova G. J.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. O'n ikki barmoqli ichak, oshqozon osti bezi, o't pufagi va o't yo'llarining ikkilamchi shikastlanishlarining kelib chiqishida surunkali o'n ikki barmoqli ichak stazining (o'n ikki barmoqli ichak) roli juda yaxshi o'rganilgan. O'n ikki barmoqli ichak stazi gepatopankreatoduodenal zonaning ko'plab kasalliklarida o'n ikki barmoqli ichakning (WPC) motor-evakuator funksiyasining buzilishi natijasida yuzaga keladi.

Uning asosiy belgilaridan biri WPC bosimining uzoq muddatli oshishi hisoblanadi. O'n ikki barmoqli ichak gipertenziyasi o'n ikki barmoqli ichakning katta papillasi (BSDK) va oddi sfinkterining yopilish funksiyasini buzish va o'n ikki barmoqli ichak va o'n ikki barmoqli ichak refluksining paydo bo'lishi uchun sharoit yaratadi.

Tadqiqotning Maqsadi. Oshqozon osti bezining tashqi sekretor funksiyasining xususiyatlarini (oshqozon gipersekretsiyasiga sekretor javob variantlari), uni tartibga solishning



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



sekretin mexanizmini va bez to'qimalarining fibrozlanish darajasini hisobga olgan holda, PzH bilan birgalikda CP davolashni patogenetik asoslash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot dizayni: o'tkir nekrotizan pankreatit bilan og'rigan 65 bemorda ochiq istiqbolli boshqariladigan (kohort) tadqiqot.

Tadqiqot natijalari. O'tkazilgan tadqiqotlar patogenezning yangi omillarini aniqlash, patogenetik asoslash va CP bilan birgalikda CP ni davolashga yangi yondashuvlarni taqdim etish imkonini berdi.

KP uchun № — gistamin ranitidin retseptorlari blokeridan foydalanish PKK YaB bilan birgalikda sekretin darajasini pasaytirishga va PJ sekretor javobini inhibe qilishga yordam beradi.

Omeprazol proton pompasi inhibitori plazma sekretin darajasini oshirishga yordam beradi va cp bilan og'rigan bemorlarda cp ning transduodenal stimulyatsiyasiga sekretor javobiga ta'sir qilmaydi.

Poliferment pansitrat preparatidan foydalanish endogen sekretin darajasini oshirishga yordam beradi, PJ sekretor javobining og'irligiga ta'sir qilmaydi, ammo KP bilan og'rigan bemorlarda uning sekinlashishiga olib keladi.

Surunkali pankreatit bilan og'rigan bemorlarda DPC oshqozon yarasi kasalligi bilan birgalikda oshqozon sekretsiyasi tomonidan oshqozon osti bezi stimulyatsiyasiga javoban endogen plazma sekretinining kinetikasi buzilgan, bu SEKRETTNING sekretor reaksiyasi davomida sekretin darajasining pasayishi va sekretor javobning asl oxiriga nisbatan uning darajasining to'liq tiklanmasligidan iborat.

CP bilan og'rigan bemorlarda DPC YaB bilan birgalikda surunkali pankreatit ustunlik qiladi, oshqozon sekretsiyasi bilan oshqozon osti bezi stimulyatsiyasiga giporeaktiv (kechiktirilgan, kechiktirilgan) sekretor javob.

Surunkali pankreatit bilan og'rigan bemorlarda PJ sekretor reaksiyasining reaktivligini PD PB bilan birgalikda plazma sekretin darajasiga ta'sir qilish uchun proton nasos inhibitörleri va № - gistamin retseptorlari blokerlarini ishlatishga differentsial yondashuv, shuningdek, oshqozon sekretsiyasining tranzit tezligini normallashtirish uchun prokinetiklarni tayinlash orqali tuzatish mumkin.DNK orqali.

KP bilan og'rigan bemorlarda PJ parenximasining morfostrukturasidagi o'zgarishlarning o'ziga xos xususiyati PKK oshqozon yarasi kasalligi bilan birgalikda fokal fibroz chastotasining diffuz fibrozdan ustunligi hisoblanadi.

KP bilan og'rigan bemorlarda asosiy oshqozon osti bezi kanalining morfostrukturasidagi o'zgarishlarning o'ziga xos xususiyatlari atro-FIK duktulit, adenomatoz va uning shilliq qavatining kist transformatsiyasining tez-tez uchrab turishini o'z ichiga oladi.

KP bilan og'rigan bemorlarda virsung kanalining shilliq qavatidagi o'zgarishlarni keltirib chiqaradigan omillar, PzH tashqi sekretsiyasining transduodenal stimulyatsiyasiga javoban sekretin darajasining pasayishi va uning kinetikasining buzilishini o'z ichiga oladi, bu esa duktulotsitlarning gormonal stimulyatsiyasiga hissa qo'shishi mumkin.

Xulosa. Ushbu o'n ikki barmoqli ichak konjugatsiyasida ozuqa moddalari (va ularning dastlabki gidroliz mahsulotlari, ayniqsa oqsillar va lipidlarning gidrolizatlarida namoyon bo'ladi),



shuningdek o'n ikki barmoqli ichakning gidrolitik fermentlari, birinchi navbatda oshqozon osti bezi proteinazalari va ularning proteinaza bilan faollashtirilgan retseptorlari signal rolini o'ynaydi. O'n ikki barmoqli ichakning shilliq qavati, uning epiteliotsitlari, neyronlari, glandulotsitlari va leyomiotsitlarining apikal va bazolateral membranalari ham ulardan mahrum emas. Ammo bu yaqinda ko'plab nashrlar bag'ishlangan maqolada muhokama qilingan muammoning boshqa tomoni.

AYOLLAR SIYDIK CHIQARISH KANALI POLIPIDAGI PATOMORFOLOGIK VA IMMUNOGISTOKIMYOVIY XUSUSIYATLAR

Boboev R.A.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Uretra polipi ayollar peshob chiqarish nayining nisbatan keng tarqalgan xavfsiz o'smasi hisoblanadi va patsientlarning ruxiy statusiga ta'sir qiladi, xayot tarzining sifatini o'zgartiradi. Poliplar aksariyat hollarda uretraning tashqi chiqaruv teshigi sohasida joylashadi, klinik jihatdan peshob kelganda achishish, sanchiq beradi, pollakuriya, stranguriya, uretrorragiya va siydikning dimlanishiga olib keladi. Uretra poliplarining sabablari kam o'rganilgan va noaniqligicha qolmoqdi. Aksariyat ilmiy tadqiqotlarda ko'rsatilishicha, uretraning poliplari aksariyat hollarda xavfsiz o'sma hisoblanmasdan, uretra devori tarkibidagi mezenximal to'qimalar va epiteliyning nomalum sabablarga ko'ra o'zaro munosabati buzilishidan, epiteliyning o'choqli holda proliferatsiyalanish bilan belgilanadigan giperplastik jarayon hisoblanadi.

Tadqiqot **Maqsadi:** ayollar uretrasi polipidagi patomorfologik o'zgarishlarni aniqlash.

Tekshiruv materiali va usullari: Ayollar uretrasi qoplovchi epiteliysida yuz beradigan patomorfologik o'zgarishlarni aniqlash uchun, dastlab nazorat guruhi sifatida uretrada hech qanday patologiyasi yo'q insonlardan olingan biopsiya materiali o'rganildi. Keyin, uretra polipining klinik-morfologik formalari va rivojlanish davrlari bo'yicha uretra polipi yuzasini qoplagan epiteliysidagi patomorfologik va immunogistokimyoviy o'zgarishlar bir-biri bilan solishtirilgan holda o'rganildi. Material sifatida Andijon viloyati ko'p tarmoqli kasalxonaning urologiya bo'limida 2020-2022 yillarda davolanishdan o'tgan kasallardan olingan 24ta biopsiya materiali gistologik jihatdan o'rganildi. Biopsiya bo'lakchalari 48 soat davomida formalinning 10% eritmasida qoritilgandan keyin, konsentratsiyasi oshib borgan spirtlarda suvsizlantirildi va parafin quyilib, g'ishchalar tayyorlandi. Parafinli g'ishchalardan 4-5 mkml gistologik kesmalar tayyorlanib, gematokilin-eozin, van-Gizon bo'yoqlarida bo'yaldi va Bcl-2 markeriga immunogistokimyoviy tekshiruv o'tkazildi, yorug'lik mikroskop ostida ko'rildi, kelakli sohalari rasmga tushirildi.

Tekshiruv natijasi: Nazorat guruh ayollarlar uretra shilliq pardasi qoplovchi epiteliysi odatdagiday ko'p qavatli o'zgaruvchan epiteliydan iboratligi va uning bazal qavatda joylashgan epiteliy hujayralari nisbatan yirik, giperxromli, bazal membranaga tizilib joylashganligi,



yadrolarining aksariyati aval va cho'zinchaq shakldaligi aniqlandi. Ko'p qavatli epiteliyning yuza qatalamlarida hujayralar nisbatan siyraklashganligi, yadrolari ham o'lchamlari kichiklashganligi, ham bo'yalishi ochlashganligi, joylanishi yassilanganligi kuzatildi.

Mikroskopning katta ob'ektivida o'rganilganda uretra polipi shilliq pardasi qoplovchi epiteliysi bazal qavat epiteliysidan tashqari deyarlik barcha o'rta va yuzaki qavatlar epiteliysi metaplazyaiga uchraganligi, ya'ni ham yassilanib, ham gidropik distrofiyaga uchrash vakuollashganligi aniqlandi.

Xulosa: Uretra polipining differensiallangan davrida epiteliyning barcha qavatlarida hujayralarida proliferativ faollik va metaplaziya rivojlanganligi, xususiylastinkasida yallig'lanish mavjudligi aniklandi.

AYOLLAR URETRASI POLIPIDA ANTIAPOPTOZ OQSIL Bcl-2ning EKSPRESSIYALANISH XUSUSIYATLARI

Boboev R.A.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Insonning 18-xromosomada joylashgan, 16-ta oqsillardan antiapoptoz xususiyatiga ega bo'lgan Bcl-2 domenning 6-oqsil apoptoz jarayonini sekinlashtiradigan gomologik oqsil hisoblanadi. Bu oqsilning giperekspressiyasi kalsiy ionlari chiqishini to'xtatadi va lipoperekssidatsiyani sekinlashtirib, antioksidantlik faoliyatni to'xtatadi, hamda NO-sentetaza faolligini sekinlashtiradi. Bcl-2ning asosiy funksiyasi mitoxondriylardagi antiapoptoz molekulari bo'lgan sitoxrom S, AIF, ATF-larni pora teshiklari orqali chiqishlarini to'xtatadi. Nimaga deganda Bcl-2 mitoxondriyning membranasiga yopishgan holda pora teshiklarni yopadi, proapoptoz signallarni uzub qo'yadi va apoptoz rivojlanmaydi.

Tadqiqot **Maqsadi:** ayollar uretrasi polipida antiapoptoz oqsil bcl-2ning ekspressiyalanish darajasini aniklash.

Tekshiruv materiali va usullari: Ayollar uretrasi qoplovchi epiteliysida yuz beradigan patomorfologik va immunogistokimyoviy o'zgarishlarni aniqlash uchun, dastlab nazorat guruhi sifatida uretrada hech qanday patologiyasi yo'q insonlardan olingan biopsiya materiali o'rganildi. Keyin, uretra polipining klinik-morfologik formalari va rivojlanish davrlari bo'yicha uretra polipi yuzasini qoplagan epiteliysidagi patomorfologik va immunogistokimyoviy o'zgarishlar bir-biri bilan solishtirilgan holda o'rganildi. Material sifatida Andijon viloyati ko'p tarmoqli kasalxonaning urologiya bo'limida 2020-2022 yillarda davolanishdan o'tgan kasallardan olingan 24ta biopsiya materiali gistologik jihatdan o'rganildi. Biopsiya bo'lakchalari 48 soat davomida formalinning 10% eritmasida qoritilgandan keyin, konsentratsiyasi oshib borgan spirtlarda suvsizlantirildi va parafin quyilib, g'ishchalar tayyorlandi. Parafinli g'ishchalardan 4-5 mkmlni gistologik kesmalar tayyorlanib, gematokilin-eozin, van-Gizon



bo'yoqlarida bo'yaldi va Bcl-2 markeriga immunogistokimyoviy tekshiruv o'tkazildi, yorug'lik mikroskop ostida ko'rildi, kelakli sohalari rasmga tushirildi.

Tekshiruv natijasi: Uretra polipi yuzasi qoplovchi ko'p qavatli o'zgaruvchan epiteliyning deyarlik barcha bazal va oraliq qatorlarida proliferativ faollik va metaplaziya jarayoni rivojlanganligi aniqlanadi. Bu davrning yana bir o'ziga xos belgisi, epiteliy osti biriktiruvchi to'qimali xususiy plastinkasi tarkibida surunkali yallig'lanish infiltrati, qon tomirlari devori hujayralarining ham proliferatsiyalanganligi, ularda ham Bcl-2 oqsili musbat darajada ekspressiyalanganligi aniqlanadi. Immunogistokimyoviy tekshirishning ham oldingi davrlardan farqi borligi kuzatildi. Kasallikning bu davrida Bcl-2 oqsili epiteliy hujayralar yadrosiga yopishgan holda, sitoplazmasi ichida va tashqi sitolemmasida jigarrang ko'rinishda ekspressiyalanganligi kuzatiladi. SHu holat e'tiborliki, bu davrda oraliq qavatlar tarkibidagi ayrim hujayralardan faqat yadro membranasida, boshqa hujayralarda faqat tashqi sitolemmasida ekspressiyalanganligi tasdiqlandi. Ko'p qavatli o'zgaruvchan epiteliyini umumiy holda ko'rilganda, bazal qavati hujayralarining 1-qatorida Bcl-2 past darajada, och jigarrangli sitoplazmatik kiritma ko'rinishida ekspressiyalanganligi kuzatildi.

Xulosa: Uretra polipini immunogistokimyoviy usulda o'rganish, ya'ni qoplovchi ko'p qavatli o'zgaruvchan epiteliyning qaysi bir qatlamlarida antiapoptoz Bcl-2 oqsil ekspressiyalanishini aniqlash bu kasallik diagnostikasida muhim omil hisoblanadi.

QAYTALANUVCHI O'PKA EXINOKOKKOZINING MORFOLOGIK SHAKLLARI

1Bobonazarov S.D., 1Islamov Sh.E., 2Mustafoev O.

1Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

2Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumi

Dolzarbliki. Hozirgi vaqtda JSST va bir qator boshqa manbalar ma'lumotlariga ko'ra, aholi orasida keng tarqalgan parazitlar patologiya va kasallanish sezilarli darajada oshgan. Shu bilan birga, odamning exinokokkozi jiddiy parazitlar kasallik bo'lib qolmoqda.

Shuningdek, ushbu patologiyaning morfologik kvalifikatsiyasida ham, shunga mos ravishda uni davolashda ham yo'l qo'yilgan xatolar sonining ko'payishini ta'kidlash kerak.

Tadqiqotning Maqsadi o'pkaning takroriy exinokokkozli bemorlarda exinokokk kistalarining morfologik shakllarini aniqlash edi.

Tadqiqot materiali va usullari. Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-klinikasi jarrohlik bo'limida o'pkaning takroriy exinokokkoz kasalligi bilan og'rigan 53 nafar bemor operatsiya qilindi. Biz o'pkaning exinokokk zararlanishlarining morfologik modifikatsiyalarini tahlil qildik.

Tadqiqot natijalari. 29 nafar bemorda o'ng o'pkada, 17 nafarida chap o'pkada exinokokkoz aniqlangan. 76% hollarda kistalar pastki bo'lakda joylashgan. Ikkala o'pkaning kombinatsiyalangan exinokokkozi 7 nafar bemorda kuzatilgan, eng ko'p sonli exinokokk kistalari ham ikkala o'pkaning pastki qismida joylashgan. O'pkaning takroriy exinokokkozida solitar



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



kistalar faqat 24% hollarda aniqlangan, asosan ko'psonli va kombinatsiyalangan exinokokkozli bemorlar 76% hollarda ustunlik qilgan.

Echinococcus hominis modifikatsiyasi 20 (37,7%) bemorda, Echinococcus veterinorum 27 (50,9%) bemorda, Echinococcus acephalocystis 6 (11,3%) holatda qayd etilgan.

Morfologik shaklning tabiati, operatsiya davomida baholandi. Echinococcus hominisning modifikatsiyasi shundaki, kista ichida, gidatid suyuqlikdan tashqari, protoskoleksli chiqaruvchi kapsulalari, bolali, ba'zan esa nevarali pufakchalari mavjud. Onalik kistalari makroskopik jihatdan hirali, qo'pol sirtga ega va rasmda ko'rsatilganidek, sutli-oq yoki oq-sariq rangga ega. Ushbu shaklda skolekslarning xitinli qobiqdan tashqaridan qalinligiga yoki hatto fibrozli kapsuladan tashqariga ko'chishi qayd etiladi, va ekzogen tomirrotish bilan exinokokk kistasining o'sishi sodir bo'ladi. Aynan shu modifikatsiya bilan oldindan mavjud bo'lgan kistalar joyida kasallikning qaytalanishi kuzatildi.

Echinococcus veterinorum kasalligi shaklida lavrotsistalari ichida faqat chiqaruvchi kapsulalari va exinokokk suyuqligi mavjud. Bolali pufakchalarining shakllanishi sodir bo'lmaydi. Echinococcus veterinorum - bu parazit mavjudligining eng tajovuzkor shakli bo'lib, u juda ko'p miqdordagi yashovchan skolekslarni o'z ichiga olgan gidatid suyuqlikning yuqori bosimi bilan bog'liq bo'lib, ular qobiqning yaxlitligi eng kichik buzilgan taqdirda ham plevra bo'shlig'iga kiradi, exinokokkoz bilan ichki organlarga katta zarar etkazadi. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, eng ko'p hollarda (51%) ushbu shakl ustunlik qilgan.

Echinococcus acephalocystisning uchinchi modifikatsiyasining lavrotsistalari 6 ta holatda qayd etilgan. Ushbu turdagi kistalar chiqaruvchi kapsulalari va protoskolekslarining yo'qligi bilan tavsiflanadi va odamlarga qaraganda hayvonlarda ko'proq uchraydi. Kistalarning ushbu modifikatsiyasining operatsiyadan oldingi diagnostikasi katta qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Bunday kistalarning rentgenologik va exografik xususiyatlari, parazit bo'lmagan o'pka kistalariga juda o'xshaydi. Germinativ qobiqning gistologik tekshiruvi shuni ko'rsatdiki, uning butun yuzasi distrofik o'zgarishlarga duchor bo'ladi, chiqaruvchi kapsulalari yo'q. Shuning uchun bu kistalar kurtak elementlarini ishlab chiqara olmaydi.

Xulosa. O'pka echinokokkozining uchta morfologik modifikatsiyasi aniqlandi: Echinococcus veterinorum, Echinococcus hominis va Echinococcus acephalocystis, ularning har biri o'ziga xos tuzilishga ega bo'lib, birinchi navbatda parazitning germinativ qatlamining tuzilishi bilan farqlanadi. O'pkaning exinokokk kistalarining morfologik xususiyatlarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, takroriy exinokokkoz ko'pincha Echinococcus veterinorum (50,9%), Echinococcus hominis (37,7%), Echinococcus acephalocystis bilan esa kasallikning qaytalanishi kuzatilmagan va agar ular kuzatilgan bo'lsa ham (6 - 11,3%), buni parazitning reinvaziyasi bilan bog'lash mumkin.



REVMATOID ARTRIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA MIYA QON-TOMIR REAKTIVLIGINI BAHOLASH

Elomonova J.Y Uralov R.Sh

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti.O'zbekiston.Samarqand

Maqsad:Revmatoid artrit yurak- qon tomir kasalliklari xavfi yuqori bo'lgan surunkali autoimmun kasallikdir. Arterial gipertenziya Revmatoid artritdagi eng keng tarqalgan komorbid holat va insult uchun asosiy xavf omillaridan biridir. RA surunkali immun yallig'lanish bolib, shuningdek, qon tomir devoriga zararli ta'sir ko'rsatadi va yurak- qon tomir tizimining kompensatsiya qobiliyatini sezilarli darajada pasayishiga olib kelishi mumkin. Serebrovaskulyar reaktivlikning buzilishi (SVR) o'tkir miya yarim ishemiyasi rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshirishi isbotlangan. Maqsad qon bosimi darajasiga qarab Revmatid artrit bilan og'rigan bemorlarda SVR holatini aniqlash.

Materiallar va usullar:Biz o'rtacha $58,3 \pm 6,8$ yoshda bo'lgan, Revmatoid artrit davomiyligi $12,2 \pm 9,9$ yil bo'lgan Revmatoid artrit bilan og'rigan 50 nafar bemorni tekshirdik. DAS28 indeksi $3,87 \pm 1,33$ ni tashkil etdi. Qon bosimi darajasiga qarab, 2 guruhga ajratildi: 1- guruh (n=36) gipertoniya bilan og'rigan bemorlar va 2- guruh (n=14) normal qon bosimli bemorlar. SVR giperoksik (100% kislorod ingalatsiyasi, vazokonstriksiya bosqichi) va giperkapnik (4% havo bilan karbonat anhidrid ingalatsiyasi, vazodilatatsiya bosqichi) testlari yordamida o'rta miya arteriyalarining transkraniyal dopplerografiyasi yordamida baholandi.

Natijalar:Giperoksik test natijalariga ko'ra, 1- guruhdagi faqat 9 nafar (25%) va 2- guruhdagi 2 nafar (14,28%) bemorlarda o'rta miya arteriyalarida qon oqimi tezligining adekvat pasayishi kuzatildi. 17 nafar (47,22)% va 8 nafar (57,1%) bemorlarda qon oqimi tezligining giperoksiyaga kamayishi, qon oqimi tezligining paradoksal o'sishi esa (buzilgan reaksiya) yuqoridagi guruhlarga mos ravishda 10 nafar (27,78%) va 4 nafar (28,56%) bemorlarda aniqlandi. Giperkapnik testda bemorlarning atigi uchdan bir qismi qon oqimi tezligining giperkapniyaga mos kelishini qayd etdi. Yuqoridagi guruhlarga mos ravishda 16 nafar (44,44%) va 9 nafar (64,28%) bemorlarda javobning pasayishi, qon oqimi tezligining ning haddan tashqari ko'payishi (giperergik reaksiya) yuqoridagi guruhlarga mos ravishda 7 nafar (19,44%) va 2 nafar (14,28%) bemorlarda kuzatildi.

Xulosa:O'rta miya arteriyalarining transkraniyal Dopplerografiyasi natijalariga ko'ra, Revmatoid artrit bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligi, qon bosimi darajasidan qat'i nazar, metabolik (giperoksik va giperkapnik) stimullarga javoban miya qon-tomir reaktivligi ning (SVR) buzilishini aniqlandi.



TUXUMDON APOPLEKSIYASI UCHUN OPERATSIYA QILINGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK ASORATLARINING OLDINI OLISH

Gafurova Sh.M.

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Muammoning **Dolzarlighi.** Ayollarning reproduktiv salomatligini buzilishiga olib kelishi mumkin bo'lgan sabablar orasida jarrohlik davolashni talab qiladigan ginekologik kasalliklar alohida o'rin tutadi. Qorin bo'shlig'i qon ketishining etiologik omili sifatida tuxumdon apopleksiyasi ektopik homiladorlikdan keyin ikkinchi o'rinda turadi va mavjud taraqqiyot va diagnostika va davolashning yuqori texnologiyali usullaridan foydalanishga qaramay, so'nggi o'n yilliklarda uning tarqalishi bir necha bor oshdi. Tuxumdon apopleksiyasi 40% hollarda darhol jarrohlik davolashni talab qiladi, bu esa organing bir qismini rezektsiya qilishga olib keladi. Operatsiyadan keyingi davrda reproduktiv salomatlikning yomonlashishi, gormonal gomeostazning progressiv yomonlashishi, qon aylanishining chuqur buzilishi mavjud bo'lib, ular nafaqat tuxumdonning shikastlanishi va tuxumdonlar zaxirasining pasayishi, balki tos a'zolarida yopishqoq jarayonning paydo bo'lishi bilan ham yuzaga keladi.

Mavjud adabiyotlarda tuxumdon apopleksiyasi bilan og'rigan bemorlarni oldindan tuzilgan usullar, yallig'lanishga qarshi davolash va kombinatsiyalangan og'iz kontratseptitsiyasidan foydalangan holda reabilitatsiya terapiyasi masalalari keng o'rganilgan. Shu bilan birga, tuxumdon apopleksiyasining o'tkir davridan boshlab gemostaz tizimini tuzatish bilan bosqichma-bosqich kontseptsiyadan oldingi mashg'ulotlarga qaratilgan reproduktiv funktsiyani tiklashning keng qamrovli tizimi ishlab chiqilmagan. Bundan tashqari, homiladorlik va tug'ruqdan keyingi asoratlarning tuzilishi haqida bo'lak ma'lumotlar mavjud bo'lib, ularning oldini olish pregravid preparatining asosini tashkil qilishi kerak. Ushbu tadqiqot yuqoridagi muammolarni hal qilishga qaratilgan.

Tadqiqot **Maqsadi.** Tuxumdon apopleksiyasi uchun operatsiya qilingan bemorlarda reproduktiv yo'qotishlarni kamaytirish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Belgilangan vazifalarni hal qilish uchun tadqiqot 3 bosqichda o'tkazildi. Birinchi bosqichda Andijon shahridagi AOOCD 6635 yil (3-2010) tug'ilganlik tarixining retrospektiv tahlili o'tkazildi. Asosiy guruhni tashkil etgan tuxumdon apopleksiyasini jarrohlik yo'li bilan davolash tarixi bo'lgan tug'ilgan ayollarning 62 tug'ilish tarixi aniqlandi. Nazorat guruhi (n = 60) tuxumdon apopleksiyasi tarixi bo'lmagan tug'ilgan ayollarning tug'ilish tarixidan tasodifiy tanlab olish yo'li bilan tashkil etilgan.

II bosqich operatsiyadan oldin tuxumdon apopleksiyasining o'tkir davrida 18 yoshdan 35 yoshgacha bo'lgan ayollarning gemostaz tizimining parametrlarini (n = 82) laboratoriya tadqiqotini o'z ichiga olgan: protrombin vaqti, trombin vaqti, xalqaro normallashtirilgan nisbat, fibrinogen, faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti, eriydigan fibrin monomerik komplekslari, fon Villebrand omili, antitrombin III, agregatogramma.



III bosqichda tuxumdon apopleksiyasining gemorragik shakli uchun jarrohlik davolashdan o'tgan 18 yoshdan 35 yoshgacha bo'lgan ($n = P2$) ayollarni klinik va laboratoriya tekshiruvi o'tkazildi. Ushbu bosqichda bemorlar 2 guruhga bo'lingan (parallel guruhlarda istiqbolli ochiq yorliqli randomizatsiyalangan qiyosiy tadqiqot doirasida).

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot natijalari tuxumdon apopleksiyasi tarixi bo'lgan homilador ayollarda amniotik suyuqlikning erta yorilishi yuqori ekanligini ko'rsatdi - 29% ga nisbatan 13,3% ($p < 0,05$ yoki = 2,67 [1,05-6,7]) - bu adabiyot ma'lumotlariga mos keladi. Zamonaviy axborot manbalariga ko'ra, tug'ilishning boshqa asoratlari bilan kasallanish aholi o'rtacha ko'rsatkichidan oshmagan. Biroq, bizning retrospektiv tahlilimiz davomida tubdan boshqacha natijalarga erishildi. Asosiy guruhdagi tug'ruqdagi ayollarda tez - tez tug'ilish 9,5 baravar ko'p kuzatilgan - 16,1% va 1,7% ($p < 0,05$ yoki = 11,35 [1,40-91,66]). Bundan tashqari, har uchinchi ayolda tug'ilish shnurning chigalligi bilan murakkablashdi ($p < 0,05$ yoki = 2,9).

Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, tug'ruqdan keyingi erta davrda qon ketish alohida holatlarda kuzatilgan va aholining o'rtacha chastotasidan oshmagan. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, asosiy guruhda tug'ruqdan keyingi ayollarda tug'ruqdan keyingi qon yo'qotish nazorat guruhiga nisbatan sezilarli darajada katta edi - 380 o'z navbatida, 40 ml 280 va 20 ml qarshi ($p < 0,05$). Bundan tashqari, erta tug'ruqdan keyingi davrda gipotonik qon ketishi tuxumdon apopleksiyasi tarixi bo'lgan ayollarda 8,5 baravar ko'p bo'lgan - 14,5% va 1,7% ($p < 0,05$ yoki = 10,02 [1,22 - 81,74]).

Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, o'rganilayotgan patologiyasi bo'lgan homilador ayollar statistik jihatdan nisbiy ko'rsatkichlar - mehnat anomaliyalari, preeklampsi va tor tos suyagi kombinatsiyasiga asoslangan jarrohlik yo'li bilan tug'ilish ehtimoli ko'proq bo'lgan. Tadqiqotimizda biz shunga o'xshash ma'lumotlarni topmadik: asosiy guruhda va nazorat guruhida sezaryen chastotasi farq qilmadi ($p > 0,05$).

Apgar shkalasi bo'yicha yangi tug'ilgan chaqaloqlarni baholash taqqoslangan guruhlarda statistik jihatdan sezilarli farqlarga ega emas edi: asosiy guruhda bu birinchi daqiqada 7,61 va beshinchi daqiqada 7,87 va beshinchi daqiqada 0,3 ball, nazorat guruhida - 7,72 va 7,92 va 7,92 va 0,5 ballni tashkil etdi. ($p > 0,05$). Neonatal davr miya yarim ishemiyasi, morfofunktsional etuklik, giperekstitatsiya sindromi, inhibitsyon sindromi, tortikollis, sefalogenatoma kabi asoratlarning ikkala guruhda teng foizlarda rivojlanishi bilan tavsiflangan ($p > 0,05$).

Xulosa. Shunday qilib, tuxumdon apopleksiyasini jarrohlik yo'li bilan davolash tarixi bo'lgan homilador ayollarni erta abort, murakkab homiladorlik kursi, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davr (preeklampsi, homiladorlik anemiyasi, amniotik suyuqlikning erta oqishi, tez tug'ilish bilan kuchli mehnat, patologik kasallik) rivojlanishi uchun xavf guruhiga kiritish kerak. tug'ruq paytida qon yo'qotish, tug'ruqdan keyingi erta davrda gipotonik qon ketish). Bizning ma'lumotlarimizning amaliy ahamiyati ushbu xavf guruhidagi ayollarda reproduktiv salomatlikni tiklash va homiladorlik va tug'ish asoratlarini oldini olishga qaratilgan reabilitatsiya tadbirlari va pregravid mashg'ulotlarini ishlab chiqishning asosiligidadir.



COVID-19 FONIDA BOLALARDA PIYELONEFRITNI DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH Gapparova Guli NURMUMINOVNA

Umumiy gigiyena va ekologiya kafedrasida assistenti, Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston.
Ilmiy rahbar: t.f.d., dots. Axmedjanova N.I.

Ishning **Maqsadi:** Samarqand viloyatida yashovchi bolalarda COVID-19 kasalligi bilan kontaktda bo'lgan bolalarda piyelonefritni davolashda retinolaminni qo'llash va klinik samaradorlikni baholash.

Tadqiqot ob'ekti va predmeti: COVID-19 kasalligi bilan kontaktda bo'lgan, pielonfrit mavjud 1 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan 100 ta bemorlar ishtirok etadi. Qo'llaniladigan davolash usullariga qarab bemorlar 2 guruhga bo'linadi:

- 1-guruh - an'anaviy davolash usullari qo'llaniladigan bemorlar.
- 2-guruh - an'anaviy davolash fonida vitamin A qo'llaniladigan bemorlar.

Materiallar va tekshirish usullari: Umumiy klinik- anamnez, shajara (nasl-nasab) tahlili, tibbiy ko'rik, qon taxlili va siydik taxlili, PStR, IFA tahlili;

2. Instrumental - buyrak UTT doplerometriya bilan, qon bosimini o'lchash.
3. Biokimyoviy- qondagi kreatinin darajasi, sutkalik va minutlik diurez, qon zardobida KFT, AUK, ASK, ABX, TI, siydikda sitoxrom S va $\beta 5$.

Natijalar: Bemorlar kasalxonaga murojaat qilganda barcha bemorlarda standart klinik va bioximik tekshiruvlar o'tkazildi. Davolashning klinik samaradorligi dinamikada 10 kungacha baholandi. Asosiy klinik-laborator ko'rsatkichlari normallashtirilgan bemor bolalar ambulator kuzatuvga olindi. Klinik kuzatuvlar tahlili shuni ko'rsatdiki, asosiy guruh bemorlarida tana haroratining normallashtirish vaqtidagi farq $1,6 \pm 0,4$ ($R < 0,05$) kunni tashkil qildi. Xuddi shu muddatlarda bemor bolalarda varaja belgilari yo'qoldi, umumiy ahvoli yaxshilandi. Asosiy guruh bemor bolalarida bel sohasidagi og'riq yo'qolishi $6,6 \pm 0,8$ kuni, nazorat guruhida - $9 \pm 0,6$ kuni, ya'ni $2,4 \pm 0,6$ kun kech yuz berdi. Asosiy guruh bemor bolalarida bakteriuriya davolashning 10-kuniga kelib 88% bemorlarda yo'qoldi yoki 103 KOE/ml ni tashkil qildi, bu muddatda nazorat guruhining 62% da ushbu o'zgarish kuzatildi. Leykotsituriya yo'qolishi mos ravishda $6,7 \pm 0,4$ va $9,6 \pm 0,6$ kunni tashkil qildi, shunga ko'ra ko'rsatilgan simptomlar yo'qolish muddatiga ko'ra farq $3,3 \pm 0,7$ kunni ($R < 0,01$) tashkil qildi. Har ikkala guruhda EChT ko'rsatkichlari normal ko'rsatkichlargacha tushishi kuzatilmasada, asosiy guruh bemorlarida boshlang'ich ko'rsatkichlaridan 20% gacha pasayishi kuzatildi. Gemogrammada leykotsitlar miqdorining normaga tushishi asosiy guruh bemorlarida $6,2 \pm 0,6$ kuni, nazorat guruhida $8,3 \pm 0,5$ kuni kuzatildi. Klinik sog'ayish ko'rsatkichi sifatida umumiy holsizlikning 10-kundagi tekshiruvda yo'qolishi nazorat guruhining 8 (16%) nafar va asosiy guruhning 22 (44%) nafar bolalarida kuzatdik. Tana haroratining oshishi ko'rsatkichi bo'yicha asosiy guruh bemorlarining ko'rsatkichlari nazorat guruhi ko'rsatkichlaridan 16,2% yuqori bo'ldi, bel sohasida og'riqlarning



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



yo'qolishi – 24,4%, bakteriuriya yo'qolishi – 26%, leykotsituriya yo'qolishi – 17,4%, EChT ko'rsatkichi normallasuvi – 24,2%, gemogramma ko'rsatkichlarining normallasuvi – 8,7%, umumiy holsizlik yo'qolishi – 22,6% yuqoriligi aniqlandi. Umuman olganda SK asosiy guruh bemorlarida nazorat guruhiga qaraganda 20,2% yuqori bo'ldi.

Xulosa: Shunday qilib, o'tkazilgan tadqiqot ko'rsatdiki, davolash sxemasiga A vitaminini kiritish davolash samaradorligini 15,4% ga oshiradi ($R > 0,05$). Davolash samaradorligiga A vitaminining ta'sirini uning to'qimalarda, shu jumladan, buyraklarda metabolik jarayonlarni yaxshilashi orqali tushuntirish mumkin. Ushbu samarani tasdiqlash uchun A vitaminining tubulointerstitsial tizimdagi metabolik jarayonlarga, ritrotsitlar elektron-transport tizimi fermentlari faolligini tekshirish bo'yicha tadqiqot olib bordik.

HOMILADORLIK PAYTIDA SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT B

G'oziyeva Sh.S.

Akusherlik va ginekologiya kafedrası №1

Andijon davlat tibbiyot institute

Tadqiqotning

Maqsadi: surunkali virusli gepatit B va S bo'lgan homilador ayollarda homiladorlik, tug'ish, homila va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning rivojlanish xususiyatlarini o'rganish.

Materiallar va usullar: biz surunkali virusli gepatit b va C bilan tug'ilishning 75 ta tarixini va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 76 (bitta egizak) tarixini retrospektiv tahlil qildik.

Natija va ularni muhokama qilish: homilador ayollarning o'rtacha yoshi $25,1 \pm 3,72$ yoshni tashkil etdi. Surunkali virusli gepatit b 25 nafar (33,3%), surunkali virusli gepatit C bilan kasallangan 49 ayol (65,3%) va virusli gepatit b va C bilan kasallangan 1 ayol (1,3%) tashxis qo'yilgan.

Ijtimoiy holatni baholash ma'lumotlari o'rganilayotgan guruhdagi noqulaylikni aniqladi: ishsiz, uy bekalari bundan mustasno - 10 (13,3%); turmushga chiqmagan, fuqarolik nikohidan tashqari - 8 (10,7%); bemorlarning aksariyati yomon odatlarga ega edi: 29 holatda tamaki chekish (38,7%), 4 bemorda alkogolga qaramlik kuzatilgan (5,3%).), giyohvandlik 10 (13,3%) bemorda aniqlangan.

Mavjud ekstragenital patologiyani tahlil qilganda, guruhdagi ayollarning yarmidan ko'pi (66,7%) bolalik davrida tez-tez kasal bo'lib, bir vaqtning o'zida bir nechta bolalik infeksiyalarini boshdan kechirganligi aniqlandi. Eng tez-tez uchraydigan homilador ayollarga yurak - qon tomir tizimi kasalliklari (vegetativ-qon tomir distoni, gipertoniya) - 15,9%, ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari (surunkali xoletsistit, gastrit) -13,3% tashxisi qo'yilgan. 18 ayolda (24%) gepatit a aniqlangan. Homiladorlikdan oldin virusli gepatit b yoki C tashxisi to'g'risida ayollarning xabardorligini tahlil qilganda, butun tadqiqot guruhidan atigi 19 bemor (25,3%) tashxis mavjudligini bilishgan. JSST ma'lumotlariga ko'ra, rivojlangan mamlakatlarda faqat 1/4-1/3 yosh ayollarda homiladorlikdan oldin surunkali HG tashxisi qo'yiladi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Reproduktiv funktsiyani baholash ma'lumotlari mos ravishda 45 (60%) va 30 (40%) birinchi va ko'p avlodlarning deyarli teng nisbatlarini ko'rsatdi. Shuni ta'kidlash kerakki, primiparous birinchi homilador ayollar orasida atigi 24 bemor (53,3%) bo'lgan, homiladorlikning o'z-o'zidan tushishi bilan uzilishi - 13,7% yoki tibbiy abort qilish - 26,7% ustunlik qilgan. Ginekologik anamnez har ikkinchi bemorda og'irlashadi, eng keng tarqalgan: tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari-18,6% holatlar; jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar - 17,2%.

Xulosa. Virusli gepatit b va C belgilarini uch marta (homiladorlikning har trimestrida) tekshirish gepatit virusining asemptomatik tashilishini aniqlash uchun muntazam tekshiruv usuli hisoblanadi, ammo keyingi infeksiya ehtimolini istisno etmaydi.

Virusli gepatit b va C homiladorlikning birinchi va ikkinchi yarmiga salbiy ta'sir ko'rsatib, abort qilish xavfini (13,3%), platsenta etishmovchiligini (25,3%), o'rtacha va og'ir preeklampsiyani (33,3%) keltirib chiqaradi. Har 3-homilador ayolda (32%) qonning biokimyoviy ko'rsatkichlarida (umumiy bilirubin, aminotransferaz, gidroksidi fosfataza, timol testi) o'sish yo'nalishi bo'yicha o'zgarishlar kuzatiladi.

HOMILADORLIK PAYTIDA SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT B NI KECHISHINI O'ZIGA XOSLIGI

G'oziyeva Sh.S.

Akusherlik va ginekologiya kafedrası №1

Andijon davlat tibbiyot institute

Tadqiqotning Maqsadi: surunkali virusli gepatit B va S bo'lgan homilador ayollarda homiladorlik, tug'ish, homila va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning rivojlanish xususiyatlarini o'rganish.

Materiallar va usullar: biz surunkali virusli gepatit b va C bilan tug'ilishning 75 ta tarixini va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 76 (bitta egizak) tarixini retrospektiv tahlil qildik.

Natija va ularni muhokama qilish: ushbu homiladorlikning o'ziga xos xususiyatlari shuni ko'rsatdiki, har ikkinchi homilador ayol antenatal klinikada homiladorlik uchun ro'yxatdan o'tmagan (33 yoki 44%). Tadqiqot guruhining bemorlarida ko'p hollarda homiladorlik turli xil asoratlar fonida sodir bo'lgan. Erta bosqichlarda eng ko'p uchraydigan holatlar: abort qilish xavfi 17,2%, erta toksikoz 21 homilador (28%), homilador anemiya 6 (8%). Homiladorlikning birinchi yarmining asoratlanmagan kursi 32 ayolda kuzatilgan (42,7%). Homiladorlikning birinchi yarmida virusli gepatitning kuchayish bosqichlari hech bir bemorda kuzatilmagan.

Homiladorlikning ikkinchi yarmi 10 (13,3%) bemorda abort qilish xavfi fonida sodir bo'ldi, anemiya 38,7% (29 ayol) hollarda kuzatildi, 25 homilador ayolda o'rtacha preeklampsi aniqlandi (33,3%). Ona-platsenta-homila tomonidan buzilishlar (gemodinamik buzilishlar, homilaning intrauterin rivojlanishining kechikishi (ZVRP)) 19 homilador ayolda (25,3%), polihidramnion - 6 (8%) bemorda, oligohidramnion - 5 (6,7%) tashxis qo'yilgan. "Xolestaz" tashxisi 2 ayolga - 2,7% ga, 1 homilador ayolda umumiy ahvolning yomonlashishi bilan HCV ning



kuchayishi - 1,3% ga to'g'ri keldi. 16 (21,3%) ayollarda homiladorlikning ikkinchi yarmidagi kurs asoratsiz davom etdi.

Xulosalar. Bizning ma'lumotlarimiz va adabiyot ma'lumotlarimizga asoslanib, bg B va BG C antikorlarining transplasental uzatilishi mavjudligini ishonchli tarzda ta'kidlash mumkin, chunki olingan ma'lumotlarga ko'ra, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 6,7 foizida HBsAg aniqlangan, 58,7 foizida BG C antikorlari topilgan. Shu bilan birga, bolani yuqtirishi mumkin bo'lgan muammoni hal qilish uchun virusli antikorlar va RNK/DNK uchun qonni qayta laboratoriya tekshiruvini zarur 1-, 3-, 6-, 12-, 18- homiladorlik oylari.

Umurtqa pog'onasining turli sohalarida uchrovchi dorsalgianing klinik-nevrologik o'ziga xosligi.

NAZOFARENGEAL BODOMSIMON BEZINING GIPERTROFIYASINI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASH

Husanov Sh.R., Kasimov K.K.
Otorinolaringologiya kafedrası
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Kirish. Adenoid o'simliklar-faringeal (nazofarengal) amigdalaning patologik gipertrofiyasi (vegetatio adenoidlari), odatda 3 yoshdan 14 yoshgacha bo'ladi. Balog'at yoshida, 14 yoshdan keyin faringeal bodomsimon kamayadi, kattalarda faringeal bodomsimon bezning gipertrofiyasi kam uchraydi.

Adabiyotga ko'ra, adenoidlar qizlar va o'g'il bolalar (3 dan 45% gacha) teng ravishda kuzatiladi. Faringeal bodomsimon gipertrofiyani jarrohlik davolash bo'yicha bir nechta tushunchalar mavjud. Ularning har biri o'zining afzalliklari va kamchiliklariga ega. Shifokor adenotomiyaning zamonaviy usullarini yaxshi bilishi, jarrohlik asoratlari va kasallikning qaytalanishini oldini olish uchun har bir bemor uchun davolash rejasini shakllantirishga individual yondashishi kerak. Faringeal bodomsimon bezning gipertrofiyasi (adenoidlar) bolalikning eng keng tarqalgan kasalligi hisoblanadi. Hayotning birinchi yillarida (maktabgacha va erta maktab davrlari) adenoid o'simliklarida patologik o'zgarishlar bolalardagi KBB a'zolari kasalliklari orasida etakchi o'rinni egallaydi. Ushbu patologiyaning o'sishining aniq tendentsiyasi mavjud.

Tadqiqot Maqsadi. Mahalliy va tizimli immunitetni tartibga solish va bolalar va ularning onalarining faringeal biotopining mikroekologiyasining konstitutsiyaviy xususiyatlari bilan bog'liq bo'lgan erta va maktabgacha yoshdagi bolalarda limfoid faringeal halqaning bodomsimon gipertrofiyasi va limfoid gipertrofiyasining turli shakllarining muhim, boshqariladigan patogenez omillarini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu vazifani bajarish uchun nazofarengal gipertrofiyasi bo'lgan 67 bolani tanladik va tekshirdik.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Tadqiqot natijalari. Ti2, TY14, TI9, antimikrobiyal peptidlar (HB01, HVE2, NYR1) va sitokinlar (TNF, IL-18, IL -) tug'ma immunitetni aniqlash retseptorlari ti2, TY14, TI9 genlarining ekspresionini aniqlashga asoslangan bolalarda burun shilliq qavatining tug'ma immunitetini baholashga kompleks yondashuv ishlab chiqilgan.10) immunitet himoyasini ta'minlaydigan. Sog'lom bolalarning burun shilliq qavatining tug'ma immuniteti ko'rsatkichlari konservativ davo ko'rsatiladigan adenoid o'simliklarining gipertrofiyasi bo'lgan bemorlarnikidan farq qilmaydi.

Endoskopik nazorat ostida adenotomiya ko'rsatilgan bolalarda burun shilliq qavatini himoya qilish mexanizmlarida nomutanosiblik aniqlandi: t1l2, TYA4 retseptorlarini tanib olish genlarining ekspresionining keskin oshishi mikroblarga qarshi peptidlarning effektor molekulari genlarining kamayishi bilan birlashtirilgan. Aniqlangan nomutanosiblik limfoid to'qimalarning gipertrofiyasining sabablaridan biri bo'lishi mumkin.

Burun shilliq qavatidan olingan biologik materialdan (qirib tashlash) tug'ma immunitet ko'rsatkichlarini aniqlash nazofarenkning limfoid to'qimalari darajasida tug'ma himoya mexanizmlarining holatini aks ettiruvchi qulay va invaziv bo'lmagan usuldir.

Takroriy adenoid o'simliklari bo'lgan bolalarda TNF va IL-18 genining ifodasi 100% hollarda aniqlanadi va faqat 50% hollarda yallig'lanishga qarshi sitokin IL-10 ifodalanadi. Ushbu ko'rsatkichlar adenoid o'simliklarining qaytalanishini rivojlanishining prognostik mezonlaridan biri bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Burun tomchilari shaklida autolog regulyativ immunopeptidlarni qo'llashga asoslangan bolalarda adenoid o'simliklarining gipertrofiyasini kompleks davolashda shaxsiylashtirilgan immunoterapiya algoritmi ishlab chiqilgan. Usulning klinik samaradorligi ko'rsatilgan, bu o'tkir otit vositalarining chastotasining pasayishi va davolanishdan keyin 6 oy ichida o'tkir respirator virusli infeksiyalarning oldini olishda namoyon bo'ladi.

Xulosa. Shunday qilib, faringeal bodomsimon gipertrofiyani jarrohlik davolashning bir nechta tushunchalari mavjud. Ularning har biri o'zining afzalliklari va kamchiliklariga ega. Shifokor adenotomiyaning zamonaviy usullarini yaxshi bilishi, jarrohlik asoratlari va kasallikning qaytalanishini oldini olish uchun har bir bemor uchun davolash rejasini shakllantirishga individual yondashishi kerak.

Olingan natijalarga asoslanib, erta va maktabgacha yoshdagi bolalarni limfoid faringeal halqaning bodomsimon bezining gipertrofiyasi, takroriy o'tkir respiratorli infeksiyalar va allergiya namoyon bo'lishi bilan jarrohlik va konservativ davolashga differentsial yondashuv oqlanadi.

Genetik, bakteriologik va immunologik tadqiqotlar limfoid faringeal halqaning bodomsimon bezlari gipertrofiyasini immun etishmovchiligining limfoproliferativ sindromining og'irligi bilan bog'liq uchta klinik variantga bo'lishning to'g'riligini tasdiqladi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



BOLALARDA FARINGEAL BODOMSIMON BEZLARNI DAVOLASHDA LATERAL ORGANLARNI SAQLASH USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH

Husanov Sh.R., Qosimov K. K.
Otorinolaringologiya kafedrası
Andijon Davlat tibbiyot institute

Kirish. Hayotning birinchi yillarida (maktabgacha va erta maktab davrlari) bolalarda LOR organlari kasalliklari orasida etakchi o'rinni adenoid o'simliklaridagi patologik o'zgarishlar egallaydi. Ushbu patologiyaning aniq o'sish tendentsiyasi kuzatilmoqda.

Tadqiqotning Maqsadi. Bolalarda II darajali adenoidlar va surunkali adenoiditni tashxislash va davolash samaradorligini oshirish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Biz bu vazifani bajarish uchun nazofarenks gipertrofiyasi bo'lgan 67 bolani tanladik va tekshirdik.

Tadqiqot natijalari. Faringeal Amigdala patologiyasi bo'lgan bolalarda perinatal rivojlanish davrining noqulay kursi erta va kech gestoz, uchinchi trimestrda abort qilish xavfi, erta tug'ilish, homilaning surunkali intrauterin gipoksiyasi, postnatal davrda Markaziy asab tizimining perinatal shikastlanishi sog'lom bolalarga qaraganda ko'proq barqarorlik bilan, sun'iy oziqlantirish, to'yib ovqatlanmaslik, anemiya, raxit, allergodermatoz qayd etiladi, ensefalopatiya, oziq-ovqat va dori allergiyasi ushbu xususiyatlar faringeal Amigdala gipertrofiyasi bo'lgan bolalarda sezilarli darajada tez-tez uchraydi ($p < 0,05$)

Faringeal Amigdala gipertrofiyasining klinik va diagnostik belgilari burun nafas olishida doimiy qiyinchilik, og'izdan yomon hid, uyqu paytida horlama, burun ovozi, eshitish qobiliyatining pasayishi, tez charchash, ishtahaning pasayishi, terlash, umumiy zaiflik, tomoq bodomsimon bezlari va tomoqning orqa qismidagi limfoid follikullarning gipertrofiyasi

Surunkali adenoidit vaqti-vaqti bilan burundan nafas olishda qiyinchilik, burundan ajralish, epizodik yo'tal, past darajadagi isitma, burun shilliq qavatining patologik rangi (siyanoz yoki giperemiya), uning shishishi, burun bo'shlig'ida va farenksning orqa devorida ajralib chiqishi, burun sekretsiasining pH ning kislotali tomonga siljishi, burun shilliq qavatining haroratining oshishi bilan tavsiflanadi.

Faringeal bodomsimon bezdagi yallig'lanish jarayonida, uning gipertrofiyasidan farqli o'laroq, periferik qonda neytrofillar sonining ko'payishi va limfotsitlarning kamayishi, ularning yopishish va migratsiya qobiliyatining pasayishi, qon zardobida o'rta molekulyar peptidlar va malon dialdegid miqdorining ko'payishi kuzatiladi

Surunkali adenoiditda faringeal bodomsimon bezning limfoid to'qimalarining immunomorfologik xususiyatlari t-limfotsitlarning, shu jumladan Tsubga ega bo'lganlarning, shuningdek, ushbu jarayonda B-limfotsitlar subpopulyatsiyasining erta va kech faollashuv bosqichida bo'lgan T-hujayralarning yuqori nisbiy tarkibidir. b-2 hujayralarining, shuningdek b-limfotsitlarning yuqori miqdori bilan ajralib turadi, bu esa b-limfotsitlarning 11-sinf



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



mononukleosakkarid antijenlari faringeal Amigdala gipertrofiyasi bilan b-1 limfotsitlarining ko'payishi kuzatiladi, bu infeksiyaga qarshi etarli darajada himoya qiladi ($p < 0,05$)
Surunkali adenoiditni davolashning samarali usuli bu lazer terapiyasi va Miramistin eritmasi bilan nazofaringeal aspiratsiyani yuvishni o'z ichiga olgan murakkab usul
11-darajali faringeal Amigdala giperplaziyasi bilan nazofarenkning limfoid to'qimalariga suyuq azot ta'sirida davolash usulini qo'llash mumkin (uning samaradorligi bolalarning 90 foizida olingan)

Xulosa. Bolalarda faringeal Amigdala shikastlanishining yallig'lanish yoki yallig'lanishsiz xususiyatini hisobga olgan holda organlarni saqlaydigan davolash usullarini tayinlashga tabaqalashtirilgan yondashuv taklif etiladi.

Faringeal bodomsimon bezga kriyovoz ta'sir qilish orqali adenoidlarni davolash usuli ishlab chiqilgan va sinovdan o'tgan.

Miramistin eritmasi bilan lazer terapiyasi va nazofaringeapiya aspiratsiyasini o'z ichiga olgan surunkali adenoiditni davolashning kompleks usulini tayinlash sxemasi taklif etiladi.

Faringeal Amigdala gipertrofiyasi va surunkali adenoiditni davolash samaradorligining qo'shimcha mezonlari taklif etiladi.

SPORT SOG'LIK GAROVI

Ibadullayeva S.S.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Sog'lom turmush tarzi bu - aniq ijtimoiy-iqtisodiy, siyosiy, ekologik va boshqa sharoitlar uchun xos bo'lgan, insonlar salomatligini saqlash, yaxshilash va mustahkamlashga yo'naltirilgan faoliyat.

Izlanish **Maqsadi.** Qoraqalpog'iston Respublikasi, Surxondaryo va Farg'ona viloyatlari aholisi orasida Sog'lom turmush tarziga rioya qilinishida sport mashg'ulotlari bilan shug'ullanishini tahlil qilish.

Material va uslublar. Aholini Sog'lom turmush tarziga rioya qilishini o'rganish **Maqsadida** 24 savoldan iborat anketa tayyorlandi va Qoraqalpog'iston Respublikasi, Surxondaryo va Farg'ona viloyatlari aholisi orasida so'rovnoma o'tkazildi. So'rovnoma natijalari Microsoft Excel dasturi asosida tahlil qilindi.

Olingan natijalar va ularning tahlili.

Savol - sport bilan shug'ullanmasizmi? respondentlardan quyidagi javob olindi, ya'ni respondentlarning 50 foizi sport bilan shug'ullansa, 50 foizi sport bilan shug'ullanmaydi

Keyingi savol, sport bilan shug'ullanishning miqdoriga bog'liq bo'ldi va quyidagi - bir haftada qancha vaqtingizni sport yoki jismoniy mashqlarga ajratasiz? Deb berilgan savolimizga respondentlardan quyidagi javoblar olindi

32 % respondent haftada 1 marta 30 minut vaqt ajratadi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



28 % respondent haftada 2 marta 30 minut vaqt ajratadi.

40 % respondent haftada 3 marta 30 minut vaqt ajratadi.

Keyingi savol - quyidagilar omillardan qaysilari sog'liqqa zararli deb o'ylaysiz? Respondentlar tomonidan quyidagi javoblar olindi, ya'ni 676 nafari (46%) chekishni tanlashdi, 409 (28%) alkogolni iste'mol qilish, 267 (18%) kam harakatlilik, 109 (7%) ortiqcha tana vazni, deb hisoblashgan.

Xulosa. Respondentlar 50 foizi sport bilan shug'ullanishmaydi, 588 (40%) haftada 3 marta sport bilan shug'ullanishini aytsa, 276 (18%) respondent kam harakatlilik sog'liqqa zararli deb hisoblashadi.

Shu bilan birga, sog'liqni saqlash tashkilotchilari tomonidan Sog'lom turmush tarzini targ'ib qilishda populyatsion yondashuvlardan, shu jumladan ommaviy axborot vositalaridan, mahalla, oila o'rtasida, uyushgan jamoalar orasida sport musobaqalarini ko'proq o'tkazish aholi orasida ko'plab kasalliklarni oldini olishga yordam beradi.

YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQNING YURAK-QON TOMIR TIZIMLARINI TADQIQ QILISHNING ZAMONAVIY USULLARI

Ibragimov M.B.

Davolash fakulteti pediatriya kafedrası

Andijon davlat tibbiyot institute

Tadqiqotning Maqsadi. Ushbu **Tadqiqotning Maqsadi** yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yurak-qon tomir tizimining shikastlanishlarini tashxislash uchun elektrokardiografik tadqiqot usullarining rolini o'rganish edi.

Materiallar va tadqiqot usullari. Erta neonatal davrda 30 ta yangi tug'ilgan chaqaloq bizning kuzatuvimiz ostida edi.

Klinik, para-klinik, biokimyoviy va instrumental tadqiqotlar asosida yangi tug'ilgan chaqaloqlarning sog'lig'i har tomonlama baholandi. Kuzatilgan barcha bolalar nevrolog bilan maslahatlashdilar. Asab tizimining perinatal shikastlanishini (PPNS) tasniflash ICD 10 qayta ko'rib chiqishga muvofiq amalga oshirildi.

Natijalar va ularni muhokama qilish. Yurak ishi qisqarish (sistol) va gevşeme (diastol) davrlarining uzluksiz almashinishidir. Sistol va diastol yurak tsiklini tashkil qiladi. Agar yurak urish tezligi daqiqada 60-80 kasılma bo'lsa, unda har bir tsikl 0,8 s ni tashkil qiladi, bunda 0,1 s atriyal sistol, 0,3 s qorincha sistol, 0,4 s yurakning umumiy diastolidir. Yurakning ishi tinglash (auskultatsiya) yoki yurak faoliyati paytida paydo bo'ladigan elektr signallari va tovushlarini yozib olish orqali tekshiriladi.

Yurak-qon tomir kasalliklarini tashxislash uchun EKG va qon bosimining kunlik monitoringi ham qo'llaniladi. Asl xolterning mavjudligi tufayli shifokorlar yurak ritmining 40 dan ortiq turlarini



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



tashxislash imkoniyatiga ega. Va qon bosimining kunlik monitoringi kunlik bosimning o'zgarishini aniqlashni ta'minlaydi.

Fonokardiografiya-bu ko'krak qafasi yuzasidan yurak tovushlarini grafik ro'yxatga olish usuli, ya'ni.yurakning normal eshitishida eshitilmaydigan III va IV ohanglarni aniqlashga imkon beradigan yurak tovushlarini grafik qayd etish. III ohang qorinchalar devorlarining tebranishini aks ettiradi, chunki ularga qon tez kirib boradi, IV ohang atriya sistola paytida paydo bo'ladi va ularning bo'shashishi boshlangunga qadar davom etadi.

Sfigmografiya-katta arteriyalarning arterial pulsini grafik ro'yxatga olish, flebografiya – katta tomirlarning tomir pulsini grafik ro'yxatga olish.

Bizning tizimimizda prenatal tashxis etarlicha keng tarqalmaganligini hisobga olsak, tug'ruqdan keyingi davr yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yurak lezyonlarining aksariyatini aniqlashda hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Xulosa. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning holatini Apgar shkalasi bo'yicha baholash shuni ko'rsatdiki, 54,5% qoniqli (10-7 ball), 29,1% o'rtacha (6-4 ball), 16,4% og'ir (3-1 ball) deb baholangan.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning CCC patologiyasini rivojlanishida xavf faktorlarining rolini o'rganish shuni ko'rsatdiki, prenatal xavf omillari 61,22% ni tashkil etdi (eng ko'p qayd etilgan temir tanqisligi anemiyasi). Intranatal xavf omillari 30,6% ni tashkil etdi (eng muhimlari shoshilinch sezaryen bilan operativ tug'ilish edi).

NEONATAL GIPERBILIRUBINEMIYA BILAN KASALLANGAN YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARNI BOSHQARISH TAKTIKASINI OPTIMALLASHTIRISH

Ibragimov M. B.

Davolash fakulteti pediatriya kafedrasii
Andijon davlat tibbiyot institute

Tadqiqotning Maqsadi. Klinik va laboratoriya ko'rsatkichlari asosida yangi tug'ilgan chaqaloqlarda giperbilirubinemiya rivojlanishi va zo'ravonligi uchun xavf omillarini tahlil qiling, giperbilirubinemiya bilan to'liq tug'ilgan chaqaloqlarni boshqarish taktikasini optimallashtiring.

Materiallar va tadqiqot usullari. Biz bolaning rivojlanishining 66 ta hikoyasini tahlil qildik. Tadqiqotga qo'shilish mezonlari-to'liq muddatli homiladorlik, neonatal sariqlik tashxisi. Bolalar qon zardobidagi bilvosita bilirubin darajasiga qarab guruhlariga bo'lingan. Asosiy guruh 44 ta yangi tug'ilgan chaqaloqdan iborat bo'lib, bilirubin ko'rsatkichi 250 mkmol/l dan ortiq, nazorat guruhi bilirubin 250 dan kam bo'lgan 22 ta yangi tug'ilgan chaqaloqdan iborat edi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot uch bosqichdan iborat edi: birinchi bosqichda bemorlar guruhi qo'shilish/chiqarib tashlash mezonlari asosida shakllantirildi, klinik, klinik va biokimyoviy tekshiruvlar o'tkazildi, qorin bo'shlig'i va miya a'zolarini ultratovush tekshiruvini o'tkazildi, zarur terapiya buyurildi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Ikkinchi bosqichda uzoq muddatli konjugatsion giperbilirubinemiya uchun xavf omillari tahlil qilindi, dinamik kuzatuv bilan klinik va biokimyoviy ko'rsatkichlar nazorat qilindi va terapiya samaradorligi aniqlandi.

Uchinchi bosqichda, bemorlar klinik va laboratoriya remissiyasiga erishganlarida, yangi tug'ilgan chaqaloqlar va bolalarda uzoq muddatli konjugatsiya giperbilirubinemiyasining tarqalishi va xavf omillarini tahlil qilish uchun uzoq muddatli konjugatsiya giperbilirubinemiyasining uzoq muddatli ta'sirini aniqlash **Maqsadida**, bir yil ichida, 3, 6, 9, 12 oylik epikrizal davrlarda ularning neyropsikiyatrik va jismoniy rivojlanishini keyingi kuzatish amalga oshirildi. yosh

Umumiy bilirubin darajasi va uning fraktsiyalari dinamikasini o'rganish barcha bemorlarda ushbu ko'rsatkichlarning oshishini ko'rsatdi. Sariqlik sindromi bilvosita bilirubin darajasining oshishi natijasida hosil bo'lgan. Umumiy bilirubin (123,1 [75,8; 177,09] mkmol/l) va uning fraktsiyalarining maksimal qiymatlari hayotning 3 dan 30 kunigacha qayd etilgan. 36 dan 60 kungacha bo'lgan davrda umumiy bilirubin (53,31 [34,5; 63,86] mkmol/l) va uning fraktsiyalari pasayish tendentsiyasiga ega edi. Umumiy bilirubin va uning fraktsiyalari darajasining normallasishi hayotning uchinchi oyida va undan keyin qayd etildi.

Dinamikada Alat faolligini o'rganish o'rganilgan bolalar guruhida aniq sitolitik jarayonlar mavjudligini ko'rsatmadi: Alat faolligi hayotning 3-4 kunida 0,41 [0,31; 0,58] mkkat/l, hayotning 22-30 kunida 0,40 [0,31; 0,55] mkkat/l, hayotning 36-60 kunida 0,32 [0,16; 0,35] mkkat/l ni tashkil etdi.. Alat darajasining 1,1-1,5 mkkat/l dan oshishi 15% hollarda (tekshirilgan 100 dan 15 tasida) hayotning 27-29 kunida ko'rsatkichlar asta - sekin normal holatga qaytishi bilan qayd etilgan.

Asat darajasini o'rganish ham sezilarli og'ishlarni aniqlamadi. Asat ko'rsatkichlari hayotning birinchi haftasida normal diapazonda edi, keyin ko'rsatkich hayotning 22-30 kunida me'yordan 1,5 baravar yuqori, so'ngra ko'rsatkich 1,5-2 oyga kamaydi. Asat darajasining o'sishi faqat 12% hollarda (100 ta tekshiruvdan 12 tasida) 1,4 mkkat/l gacha qayd etilgan - hayotning 29 kunida ko'rsatkichlar asta-sekin normal holatga qaytadi.

Xulosa. Shunday qilib, biokimyoviy ko'rsatkichlarga ko'ra, asosiy guruhdagi bemorlarda erta neonatal davrda gepatotsitlar membranalarining sitolizining aniq hodisalari bilan og'ir gipoksik jigar shikastlanishi bo'lmagan.

SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT B VA C VA HOMILADORLIK: KURSNING XUSUSIYATLARI VA PERINATAL NATIJALAR

Ibragimova M.U.

1-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrası
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Dolzarbli. Homiladorlik paytida surunkali gepatit B infeksiyasini davolash juda qiyin. Davom etayotgan emlashga qaramay, yuqori virusemiya bilan kasallangan onalardan tug'ilgan



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



bolalarning katta qismi gepatit B virusi bilan kasallanadi. To'plangan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, homiladorlikning uchinchi trimestrida antiviral terapiya muvaffaqiyatsiz emlash holatlarida samarali aralashuv hisoblanadi. Xomilaning nukleotid va nukleozid analoglariga ta'sirini minimallashtirish uchun homiladorlik paytida antiviral terapiya kasallikning rivojlanishi va / yoki gepatit B virusi infeksiyasining dekompensatsiyasi xavfi yuqori bo'lgan onalarga qo'llanilishi kerak.

Tadqiqot Maqsadi. Surunkali virusli gepatit B va S bilan kasallangan homilador ayollarda homiladorlik, tug'ish, homilaning intrauterin rivojlanishi va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning xususiyatlarini o'rganish.

Material va tadqiqot usullari. Surunkali virusli gepatit B va C bilan 75 tug'ilish tarixini va 76 (bitta egizak) yangi tug'ilgan chaqaloq tarixini retrospektiv tahlil qilish amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. Mavjud ekstragenital patologiyani tahlil qilganda, guruhdagi ayollarning yarmidan ko'pi (66,7%) bolaligida tez-tez kasal bo'lganligi va bir nechta bolalik infeksiyalariga duchor bo'lganligi aniqlandi. Eng ko'p ro'yxatga olingan homilador ayollarga yurak-qon tomir tizimi kasalliklari (vegetativ - qon tomir distoni, gipertoniya) - 15,9%, ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari (surunkali xoletsistit, gastrit) -13,3% tashxis qo'yilgan. Gepatit a 18 ayolda (24%) tashxis qo'yilgan. Homiladorlikdan oldin ayollarning virusli gepatit B yoki C tashxisi to'g'risida xabardorligini tahlil qilganda, butun tadqiqot guruhidan atigi 19 bemor (25,3%) tashxisning mavjudligi haqida bilishgan. JSST ma'lumotlariga ko'ra, rivojlangan mamlakatlarda faqat 1 / 4-1 / 3 yosh ayollar homiladorlik [4, 5] oldin surunkali GV bilan xastalangan.

Reproduktiv funktsiyani baholash ma'lumotlari primiparous va multiparous - 45 (60%) va 30 (40%) ning deyarli teng nisbatini ko'rsatdi. Shunisi e'tiborga loyiqki, primiparoz primipar ayollar orasida atigi 24 bemor (53,3%) bor edi; spontan abort bilan abort qilish ustunlik qildi - 13,7% yoki tibbiy abort - 26,7%. Ginekologik anamnez har ikkinchi bemorda og'irlashdi, eng keng tarqalgani: tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari - 18,6% hollarda; jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar - 17,2%.

Ushbu homiladorlikning o'ziga xos xususiyatlari shuni ko'rsatdiki, har ikkinchi homilador ayol antenatal klinikada homiladorlik uchun ro'yxatdan o'tmagan (33 yoki 44%). Tadqiqot guruhining bemorlarida ko'p hollarda homiladorlik turli xil asoratlar fonida davom etdi. Eng tez - tez erta bosqichlarida duch: homiladorlik bekor tahdid - hollarda 17,2%, erta toksikoz - 21 homilador ayollar (28%), homilador ayollar anemiya-6 (8%) holatlar. Homiladorlikning birinchi yarmining asoratlanmagan kursi 32 ayolda (42,7%) kuzatilgan. Homiladorlikning birinchi yarmida virusli gepatitning kuchayish bosqichi hech bir bemorda kuzatilmagan.

Homiladorlikning ikkinchi yarmi 10 (13,3%) bemorda homiladorlikni to'xtatish tahdidi fonida davom etdi, 38,7% (29 ayol) hollarda anemiya kuzatildi, 25 homilador ayolda o'rtacha preeklampsi aniqlandi (33,3%). Ona-platsenta-homila kasalliklari (gemodinamik buzilishlar, intrauterin o'sishning kechikishi (IGRP)) 19 homilador ayolda (25,3%), polihidramnioz - 6 (8%) bemorda, oligohidramnioz - 5 (6, 7%) da aniqlangan. Xolestaz 2 ayolda tashxis qo'yilgan - 2,7%, umumiy ahvoli yomonlashishi bilan HCV ning kuchayishi 1 homilador ayolda kuzatilgan - 1,3%. 16 (21,3%) ayollarda homiladorlikning ikkinchi yarmi muammosiz o'tdi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



O'rganilgan ayollarning serologik va biokimyoviy qon testlari ma'lumotlari shuni ko'rsatdiki, HBsAg 25 (33,3%) homilador ayollarda aniqlangan, 49 (65,3%) ayollarda virusli gepatit C ga antikorlar topilgan, HBsAg va virusli gepatitga antikorlar 1 ayolda aniqlangan. C (1,3%).

Xulosa. Homilador ayollarda Antiviral terapiya qiyin bo'lib qolmoqda va homilaga dori ta'sir qilish xavfini va davolanishning afzalliklarini individual va batafsil baholashni talab qiladi. Antiviral terapiyaning ijobiy ta'siri yuqori viremiya bilan og'rikan bemorlarda onadan homilaga gepatit B virusi yuqishining sezilarli darajada kamayishi, shuningdek, jigar fibrozining rivojlanishining oldini olish sifatida surunkali gepatit B ning terapevtik nazoratini ta'minlashdir. / siroz. Va nihoyat, antiviral terapiyani yangi tug'ilgan bolalarning immunoprofilaktikasi bilan birgalikda qo'llash universal dastur sifatida amalga oshirishning maqbul strategiyasi bo'lib tuyuladi, chunki bunday aralashuvning muvaffaqiyati yakuniy maqsadga - virusli gepatit b ni global ravishda yo'q qilishga sezilarli hissa qo'shishi mumkin.

EKSPERIMENTAL QANDLI DIABETNI CHAQIRUVCHI MODELLARNING AFZALLIKLARI VA KAMCHILIKLARI

Ibroximova L.I

Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti

Diabet ko'p yillik o'rganishlar va yangi zamonaviy davolash usullariga qaramay, kasallik, ayniqsa sanoati rivojlangan mamlakatlarda rivojlanib bormoqda [1]. JSST ma'lumotlariga ko'ra, so'nggi o'n yilliklar ichida qandli diabet bilan og'rikan bemorlar soni ikki barobarga oshgan va 160 millionga teng bo'lib, 2025 yilga borib ikki barobar ko'payishi taxmin qilinmoqda [2]. Qandli diabetning katta ijtimoiy ahamiyati shundaki, mikro va makroangiopatiyalarning qon- tomir asoratlari tufayli erta nogironlik va o'limga olib keladi. Kasallik bilan bogliq xarajatlarning doimiy o'sishi sogliqni saqlash uchun ogir yuk bo'lib kelmoqda. Qandli diabetning eksperimental modellari nafaqat kasallikning patofizilogiyasini tushunish uchun balki turli dori-darmonlarning antidiabetik ta'sir mexanizmini xam qo'llash uchun qimmatli ma'lumotlarni olish imkonini beradi [3].

Maqsad: Xozirgi kunda dolzarb va keng tarqalgan qandli diabetni patogenezi va davolash choralarini ishlab chiqishda, laborator xayvonlarda ekspremental qandli diabetni chaqirishni qulay va sifatli modellarini o'rganish va tadbiq qilish.

Material va usullar. Eksperimental diabetologiya kasallikning patogenezi, klinikasi, davolash va oldini olish masalalarini aniqlash uchun katta ahamiyatga ega. Diabet keltirib chiqarishiga ko'ra: streptozototsin va alloksan, pirinuron, ditizon, dialurik kislota va boshqalar.

Natija. Alloksan diabet modeli bir ancha afzalliklarga ega. Xozirgi kunda modelning narxi arzonligi; -80 % xollarda kasallik rivojlanadi; Tajriba boshlangandan 48-72 soat o'tgach qandli diabetning klinik manzarasi rivojlanadi. Biroq, ayrim kamchiliklar mavjud, yuqori nefrotoksin va



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



gepatotoksin xususiyatga ega; boshqa organlarga zaxarlashi mumkin; yuqori o'lim darajasi (kamida 30 %);

Streptozototsin diabet. Bu model kam nefrotoksinligi va hepatotoksinligi tufayli uzoq muddatli istibolli model bo'lib qolmoqda. Biroq buyrak va jigarda keyinchalik onkologik jarayonlarni chaqiradi. Streptozototsin qandli diabet modelining afzalliklari: Boshqa modellardan ko'ra nisbatan kamroq xarajat va tajribaning 72 soatdan keyin diabetning klinik manzaraning rivojlanishi; Uzoq muddatli eksperimental modelni yaratish qobiliyati. Streptozototsin qandli diabet modelining kamchiliklari: Streptozototsinning onkogen ta'siri; Alloksanga nisbatan qimmatligi; - Tur va jinslarda o'ziga xosligi;

Ditizon diabet. Preparat kiritilgandan 2-5 daqiqadan keyin pankreatik beta -xujayralari ditizon rux bilan birikadi. Birinchi sutkada diabetik doza ditizon kiritilgandan so'ng, beta-xujayralar sitoplazmasi struktur o'zgarishlarga uchraydi. Usulning qulayligi: Boshqa a'zo va to'qimalarga nojo'ya ta'siri, xayvonlar tanlashning chegaralanganligi Elektron mikroskopda b-granular membranasini shikastlanishi aniqlandi.

Sutka oxiriga kelib beta -xujayralarining muxim qismlari nekrozga uchraydi. Ushbu davrga kelib insulin etishmovchiligi yuzaga keladi. Xayvonlarda "kimyoviy" diabet kelib chiqdi.

Xulosa. Qandli diabetni organizmga xususan, a'zolarga togay va bo'g'im suyaklarga ta'sirini o'rganishda laborator xayvonlarda eksperimental diabetni chaqirishni bir necha usullari taqdim qilindi. Modellarni oshqozon osti bezining aynan, beta-xujayralarini nekrozga uchrashi va insulin etishmasligi xolatini keltirib chikarishdagi ustunligi taxlil qilindi. Shunday qilib, taqdim etilgan modellar orasida eksperimental streptozototsin diabet modeli ustunlikka ega [5,6]. Streptozototsin oshqozon osti bezi beta -xujayralariga tanlab ta'sir qiladi. Insulin sekresiyasini buzadi va insulinga bogliq qaramlikli keltirib chiqaradi. Bu modelning afzalligi ko'payishning nisbiy qulayligi, ta'sirga yuqori sezgirligi, diabetning turli ogir va davomiyligi imkoniyatlarini olish va bu bizni oshqozon osti bezining beta-xujayralarining buzilishini asta-sekin modellashtirishga imkon beradi.

INSON PAPILOMAVIRUSI BILAN BOG'LIQ BACHADON BO'YNI PATOLOGIYASINI ERTA TASHXISLASH VA OLDINI OLISHNI OPTIMALLASHTIRISH

Islomova Z.K.

Akusherlik va ginekologiya kafedrasini №1
Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarblik. Ushbu ish inson papillomavirusining o'zaro bog'liqligini va uning bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyasi (CIN) va bachadon bo'yni saratoni rivojlanishidagi rolini ko'rib chiqadi.

Serviks HPV bilan bog'liq lezyonlarini tashxislash (immunohistokimyoviy, molekulyar genetik va boshqalar) va davolashning eng informatsion usullari to'g'risida ma'lumotlar keltirilgan.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Tadqiqotning Maqsadi. Bachadon bo'yni bilan bog'liq patologiyaning HPV diagnostikasi va davolash natijalarini yaxshilash. skrining tadqiqotlari va tibbiy harakatlar algoritmini takomillashtirish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Papillomavirus infeksiyasi bilan bog'liq kasalliklarga chalingan 65 ayolni keng qamrovli tekshirish va davolash o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari. So'nggi 10 yil ichida Andijon viloyatida HPV bilan bog'liq bachadon bo'yni patologiyasi (displazi va saraton) bilan kasallanish darajasi barqaror darajada yuqori bo'lib qolmoqda. Shu bilan birga, kasallikning o'sishi 25-45 yosh guruhiga bog'liq bo'lib, uning ulushi bemorlar orasida 30-32% ni tashkil qiladi.

Andijon viloyatida bachadon bo'yni saratoni uchun amaldagi sitologik skrining samaradorligi bir necha yillar davomida past bo'lib, 9% dan 47,7% gacha. Bu sitologik tadqiqotlar uchun material yig'ish texnikasining buzilishi, yallig'lanish elementlari bilan materialning ifloslanishi (60-80%) bilan bog'liq va smearlarni bo'yash texnikasiga bog'liq emas.

Bachadon bo'yni HPV bilan bog'liq patologiyasi bo'lgan bemorlarda qin va bachadon bo'yni disbiotik va o'ziga xos bo'lmagan yallig'lanish jarayonlari (70,4%), jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar (63,3%) aniqlanadi, ularni davolash HPV ni yo'q qilishga yordam beradi.

Sitologik tadqiqotning informatsion tarkibi materialni yig'adigan mutaxassisning malakasiga bog'liq. Ko'pikli[^] kublarga nisbatan sito-cho'tkalar va serviks cho'tkalarini ishlatish sezgirlikni 68,7% gacha, o'ziga xoslikni 84,0% gacha va bashoratli qiymatni 90,0% gacha oshiradi.

HPV testining o'ziga xosligi ($p < 0,001$) va ijobiy natijaning prognostik qiymati ($p < 0,05$) sitologik usuldan past. HPV ning past miqdoriy yuklari sitologik o'zgarishlarning yo'qligi bilan bog'liq ($p < 0,001$) va yuqori - intraepitelial yuqori darajadagi lezyonlar bilan (H8GH) ($p < 0,01$).

Bachadon bo'yni HPV bilan bog'liq patologiyasini kompleks davolashda immunomodulyatsion dorilarni qo'llash bir yil davomida kuzatilganda bachadon bo'yni intraepitelial lezyonlari bo'lgan bemorlarda chora-tadbirlar samaradorligiga ta'sir qilmaydi ($p \setminus u003e 0,05$), ammo shu bilan birga papillomavirus infeksiyasini yo'q qilish jarayonlarining tezlashishini ta'minlaydi.

Bachadon bo'yni HPV bilan bog'liq patologiyasini erta tashxislash va davolashga tabaqalashtirilgan yondashuv terapevtik va diagnostik chora-tadbirlar samaradorligini oshiradi va aniq tibbiy-iqtisodiy samara beradi.

Xulosa. Yangi davolash usullarining paydo bo'lishi serviksdagi jarrohlik manipulyatsiyalar sonini va operatsiyalar hajmini kamaytiradi, bu esa o'z navbatida ayollar populyatsiyasida tug'ilishni saqlab qoladi va tug'ruqdagi akusherlik asoratlarini kamaytiradi.



SPORT MEDITSINASINING AXAMIYATI VA TURLARI

Isroilov M.S.

JISMONIY TARBIYA VA SPORT BO'YICHA MUTAXASSISLARNI QAYTA TAYYORLASH VA MALAKASINI OSHIRISH INSTITUTI FARG'ONA FILIALI

Annotatsiya. Ushbu maqolada sport tibbiyoti haqida, uning turlari, rivojlanish tarixi, sportchilarning tiklanish davri haqida so'z boradi.

Kalit so'zlar. Jismoniy tarbiya, sport tibbiyoti, davolash-profilaktika, doping nazorati, sport kardiologiyasi, sport travmatologiyasi, sport endokrinologiyasi, sport immunologiyasi, sport farmakologiyasi;

Sport tibbiyoti - jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanuvchilarni ustidan muntazam tibbiy nazoratni amalga oshiruvchi fandır, yoki boshqacha aytganda, sport tibbiyoti umumiy tibbiyotning bir qismi bo'lib, sport mashg'ulotlari paytida vujudga keladigan tanadagi patologik o'zgarishlarining sabablarini o'rganish hamda oldini olish, ularni davolash bilan shug'ullanadi. Bundan tashqari, sport tibbiyoti sportchilar erishadigan natijalari yaxshi bo'lish amallarini ishlab chiqadi. Sport tibbiyoti shuning bilan birga, jismoniy tarbiya haqidagi fanning muhim bo'limi bo'lib, aholining turli qatlamlariga optimal harakat, sport mashqlari va tartibini, sport mahoratini oshirishni asoslashda yordamlashadi. Sport tibbiyotining asosiy **Maqsadi** - bu insonning barkamol bo'lib yetishishi, uning salomatligini saqlash va mustahkamlash, ish qobiliyatini oshirish, hayotning faol, ijodiy davrini uzaytirish uchun jismoniy tarbiya va sportning vositalari hamda usullarini oqilona — unumli qo'lashga ko'maklashishdir. Murabbiy va shifokorning o'quv-mashqiy jarayonini rejalash va o'zgartirish bo'yicha hamjihat bo'lib ishlashi, kundalik ish jarayonida murabbiylarni shifokor nazorati ma'lumotlarini ishlata bilish — mashg'ulotlarni to'g'ri tashkil etish va samaradorligi uchun muhim sharoitidir.

Sport tibbiyoti vazifalarini soddaroq qilib izohlaganda, ular quyidagi amallarni oz ichiga oladi:

- 1) sportchilarning jismoniy holatini tashxis qilish;
- 2) sportchilarni yuklamalardan so'ng reabilitatsiya qilish;
- 3) sportchi shikastlanishlarining oldini olish;
- 4) adaptogen (o'simlik yoki hayvonot a'zolaridan olinadigan dorivositalari bo'lib, tananing umumiy quvatini-tetikligini oshirib, uning noqulay sharoitlarga moslanishini kuchaytiradi) vositalarni yaratish;
- 5) ko'p yillar mobaynida olib boriladigan mashqlarni samarali tashkil qilish;
- 6) mashqlarning optimal tartib va usullarini izlab topish;
- 7) sportchilarning jismoniy va asab holatlari ustidan nazorat olib borish;
- 8) xalqaro musobaqalar va olimpiadalarda qatnashuvchi yig'ma guruhlarni tayyorlash muammolarini o'rganib, ularni hal etish.

Sport tibbiyoti negizida uning quyidagi bolimlari vujudga keldi:

- 1) sport kardiologiyasi;



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



- 2) sport travmatologiyasi;
- 3) sport endokrinologiyasi;
- 4) sport immunologiyasi;
- 5) sport farmakologiyasi;
- 6) doping nazorati va boshqalar.

O'zbekiston Respublikasida sport tibbiyotining rivojlanishi asosan, 14.01.1992-yil . «Jismoniy tarbiya va sport to'g'risida»gi Qonunni qabul qilinganda amalga osha boshladi. Keyinchalik ushbu qonun 27.06.2000- yili yangidan tahrir qilindi. Bundan tashqari, jismoniy tarbiya va sport masalalariga bag'ishlangan qator Vazirlar Mahkamasining qarorlari, O'zbekiston Respublikasi Prezidentining Farmoni, ko'rsatmasi e'lon qilindi va ular asosida Respublikada katta ishlar olib borildi. Oqibatda, O'zbekiston Respublikasi jismoniy tarbiya va sportdagi tarixiy yutuqlari tufayli dunyoga tanildi. O'tgan davr mobaynida, jumladan 25.10.2009-yili «Sportchilarning sihat-salomatligini saqlashning 60 yilligi»ga bag'ishlangan seminarda «O'zbekistonda sport tibbiyotining rivojlanishi» mavzusida ma'ruza o'qildi. Hozirgi paytda, sport tibbiyoti oldiga qo'yilgan masalalar ijobiy hal qilinmoqda.

Jismoniy tarbiya va sportni tibbiy jihatdan ta'minlanishi sport tashkilotlarining faol ishtirokida, sog'liqni saqlash tashkilotlari famonidan boshqariladi. Tashkilotga bog'liqli tibbiy xizmat (jamiyat, tashkilot va sport qo'mitalari) o'z faoliyatini sog'liqni saqlash tashkilotlari nazorati ostida amalga oshiradi. Shifokor tibbiy ko'rikni o'tkazishga javobgar shaxs, ya'ni mas'ul shaxs, o'qituvchilar, murabbiylar va sport tashkilotlarining rahbarlari shifokor tavsiyalarini bajarish va sportchilarni ko'rikka kelishiga javob berishadi. Jismoniy tarbiya va sport bilan uyushgan holda shug'ullanuvchi , shaxslar yiliga kamida 1 (bir) marta, malakali va yosh sportchilar, bolalar, yoshlar, sport maktablari-kollejlari va maxsuslashtirilgan bolalar va yoshlar sport muassasalari (maktablari) o'quvchilari hamda katta yoshdagi kishilar - yiliga kamida 2 (ikki) marta tibbiy ko'rikdan o'tadi. Tibbiy jihatdan ta'minlanish 2 (ikki) usulda amalga oshiriladi:

- 1) maxsuslashtirilgan shifokor - jismoniy tarbiya xizmati (xonalar va dispanserlar) orqali;
- 2) sog'liqni saqlash tashkilotlarining davolash-profilaktika muassasalarining umumiy tarmoqlari orqali hududiy va ishlab chiqarish tarmoyillari asosida bajariladi.

Tibbiy pedagogik nazorat sport bilan shug'ullanuvchi shaxslar sog'ligining tibbiy kuzatuvini butun jarayonining muhim tarkibiy qismi xisoblanadi. Tibbiy-pedagogik nazorat o'quv mashq qilishda shifokor va trener bilan birgalikda olib boriladi. Tadqiqotdan olingan ma'lumotlar jismoniy vazifa xajmi va tezligini rejalashtirish, mashq qilish, aniqlashda e'tiborga olinadi. Sog'lolomlashtirish, davolash va profilaktik tadbirlar jismoniy madaniyat va sport mashg'ulotlari jarayonida sportchilar sog'ligini mustahkamlashda katta ahamiyatga ega va davolash-profilaktik muassasalar va sanitariya epidemiologik stantsiyalar shifokorlari bilan birgalikda sport shifokorlari tomonidan amalga oshiriladi. Sport mashg'ulotlari va musobaqalari joyi va o'tkazish shart-sharoitlarini sanitariya-gigienik nazorat qilish sport mashg'ulotlari va musobaqalari o'tkaziladigan yangi sanitariya -gigienik shart-sharoitlarini yaratish, sport qurilmalari holatini nazorat qilish, mashg'ulot va musobaqalar o'tkaziladigan meteosha'roitlarni kuzatish, sport asbob uskunasi, kiyimi va himoya qo'llanmalarini nazorat qilishni maqsad qilib qo'yadi. Sport



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



musobaqalari tibbiy ta'minoti shifokor ishi tarkibiy qismidir. Har qanday sport musobaqdsini tashkil qilishda tibbiy xizmatni tashkil qilish ko`zda tutilgan. Tibbiy xodim bo`lmasa bosh hakam musoboqani boshlashga haqqi yo`q. Jismoniy madaniyat ommaviy turlari tibbiy ta'minlovchi ommaviy shakllarni (ishlab chiqarish gimnastikasi, katta yoshdagi shaxslar bilan shugullanish va boshqalar.) tibbiy nazorat bilan ta'minlashdan iborat.

Shunday qilib, mamlakatda sportning keng rivojlanganligi, sport mashg'ulotlari vaqtida uchraydigan shikastlanishlarning sabablari, yuz berish sharoitlarini o'rganish va ulaming oldini olish tadbirlarini aniqlash zaruriyati tug'iladi.

Murabbiy va jismoniy tarbiya o'qituvchisi rahbarligida tashkil etilgan mashg'ulotlarda sportdan shikastlanishning kamroq kuzatilishi tasdiqlangan.

SORGONING SELIAKIYANI DAVOLASHDAGI SAMARASI

Kalandarova G.D., Shamuratova N.Sh.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch, O'zbekiston

Ibn Sinoning tibbiyot ilmidagi shoh asari «Tib qonunlari» kitobi bo'lib, unda yangicha tibbiyotning asoslari qo'yib berilgan. U o'zining ushbu asarida ushbu mutaxassislik sohasini irim-sirim va xurofotlardan tozalashga, kasalliklarni ilmiy tarzda o'rganish, ularni aniqlash uchun eksperimental sinovlar va tahlillarni amalga oshirish, kasalliklarni davolash **Maqsadida** shifobaxsh giyohlar va ularning tarkiblaridan foydalanish orqali o'zining tibbiyot sohasidagi kashfiyotlari va yangiliklarini tibbiyot va farmasevtika sohalari tadqiqotchilari va talabalari e'tiboriga havola qilishga uringan. Ibn Sinoning shifokor sifatidagi o'ziga xos xususiyatlaridan biri uning turli kasalliklar to'g'risidagi klinik kuzatuvlaridir. Teri va o'pka kasalliklaridan tortib asab tizimidagi buzilishlar turli ruhiy xastaliklargacha, profilaktidan tortib farmasevtikagacha bo'lgan mavzular ushbu kuzatuvlar doirasiga kirgan.

Ibn sino o'g'itlari asosida O'zbekiston xududida o'suvchi o'simliklardan dori vositalari tayyorlash va mahalliy mahsulotlardan tarkib topgan dietoterapiyani ishlab chiqish hozirgi zamonning dolzarb muammosidir. Aholini mahalliy tabiiy xom ashyolardan tayyorlangan dorilar va dietoterapiya bilan samarali ta'minlash zamonaviy talablardan biridir.

Shu maqsadda biz tomondan O'zbekistonning shimoliy xududlarida yetishtiriladigan Oq jo'xori (Sorgo)dan tayyorlangan oziq-ovqat mahsulotlarini Seliakiya kasalligining dietoterapiyasida tavsiya qilinadi. Sorgo bug'doy unining o'rnini bosadi va glutenni ko'tara olmaydigan insonlar uchun ajoyib oziq-ovqat mahsulotidir. Gluten oqsili ko'p insonlarda ovqat hazm qilish muammolari va boshqa sog'liq muammolarini, shu jumladan shish, diareya, ich qotishi, charchoq, bosh og'rig'i va boshqa alomatlarni keltirib chiqarishi mumkin—Sorgo tarkibida bu protein mavjud emas va odatda organizm tomonidan osonroq so'riladi va hazm qilinadi. Glutendan saqlanishdan tashqari, bug'doy uni va ba'zi glyutensiz aralashmalarga nisbatan Sorgodan foydalanishning yana bir muhim afzalligi bor, siz genetik jihatdan o'zgartirilgan



organizmlarni (GMO) iste'mol qilish xavfi ostida bo'lmaysiz. Makkajo'xori va ba'zi bug'doy navlaridan farqli o'laroq, Sorgo donalari bir nechta Sorgo navlarini birlashtirgan an'anaviy gibrud urug'lardan o'stiriladi. Bu asrlar davomida ishlatilgan va biotexnologiyani talab qilmaydigan, uni transgen bo'lmagan (GMO bo'lmagan mahsulot) qiladigan tabiiy usul hisoblanadi.

100 g Sorgo tarkibida suv-13,5g, oqsil-10,6g, moy-4,1g, uglevodlar-65,1g, Na-28g, K-246g, Na-28 g, Mg-127g, P-298g, Fe-4,4g, B1 -0,46g, B2 -0,16g, PP-3,30g, umumiy quvvat qiymati 323 kkal ni tashkil qiladi. Sorgoning kimyoviy va oziqaviy qiymatining tahlilidan ko'rinib turibdiki, tarkibida barcha foydali moddalarni yetarli miqdorda saqlaydi. 100 g mahsulotda 10,6 g oqsil, 4,1 g yog', 65,1 g uglevod mavjud. Minerallardan natriy miqdori yuqori, boshqa minerallarning miqdori marjumakda yuqori. Eng asosiysi vitaminlarning B1, B2 va PP vitaminlariga boyligi va quvvatmandligi bilan ajralib turadi. Sorgo tarkibidagi moylar, kalsiy, B1 va B2 vitaminlari organizmning kasallikka qarshilik darajasini oshirishda muhim hisoblanadi.

Seliakiyani oldini olish va davolash **Maqsadida** parhezli davolash sifatida Sorgo oilasiga kiruvchi, jumladan, oqsil, uglevod va lipotrop moddalarga boy bo'lgan oq jo'xoridan foydalanish tavsiya etilishi maqsadga muvofiqdir.

ENDOMETRIOZ KASALLIGIDA BEMORLARDA KUZATILADIGAN KLINIK BELGILAR UCHRASH DARAJASI

Karimjonov X.A., Mamataliev A.R.
ADTI

Oxirgi vaqtda endometriozlarni yosharishi qayd etilmoqda, ya'ni endometriozlar tobora ko'proq yosh, tug'magan ayollarda, balog'at yoshidagi qizlarda aniqlanmoqda.

Material va uslublar: Ushbu tadqiqotda 2019-2022 yillar mobaynida 80ta gisterektomiya tashrixi bajarilgan va 20ta boshqa sabablar (nazorat guruxi) bo'yicha bachadon amputatsiya qilingan bemor ayollar kasallik tarixlari va biopstat materiallari retrospektiv tahlil qilindi.

Natijalar: Hayz ko'rishning boshlanishi asosan 12 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan davrda sodir bo'lgan. Jinsiy hayotning boshlanishi 18-24 yoshga to'g'ri kelgan. Menstrual siklning davomiyligi 28-30 kun ichida o'zgarib, o'rtacha $28,7 \pm 1,2$ kunni tashkil etgan. Barcha bemorlarda xomiladorlik va tug'ilish qayd etilgan. 5ta bemorda (5,8%) tug'ilish asoratlar bilan kechgan (operativ tug'ilish), 49 tasida (61,5%) 1tadan 5tagacha sun'iy abort qilingan. Ikki ayolda (1,9%) ektopik xomiladorlik bo'lgan. 14ta bemorda (17,3%) xomiladorlik spontan tushish bilan yakunlangan.

Endometriozlar kuzatilgan bemor ayollarni 65% (52nafar) dismenoreya aniqlangan, ulardan kasallikni I-II bosqichlari-33nafarida (60,8%) va III-IV bosqichlari esa 7nafar (25,2%) bemor ayollarda kuzatilgan. Nazorat guruhida dismenoreya bilan kasallanish 7nafar (32,5%) tashkil etgan, bu endometriozlar bilan kasallangan bemor ayollar guruhlariga nisbatan sezilarli darajada past bo'lgan.



Endometriozlarga tekshirilgan 80 nafar bemor ayollar 52% (42nafar) birlamchi bepushtlikdan aziyat chekkan va bemor ayollarni 18%ni (14nafar) ikkilamchi bepushtlik tashxisi qo'yilgan. Ikkilamchi bepushtlik 1-guruh bemor ayollarda–18,5% (10 nafarida), 2-guruhda–23,1% (6 nafarida) aniqlandi. Nazorat guruhida 8 nafar (40%) bemor ayollarda birlamchi bepushtlik, 1 nafar bemor ayolda ikkilamchi (5%) aniqlangan. Endometriozlar bilan og'rigan bemor ayollarning 63,7% (51nafarida) hayzdan oldin yoki hayz paytida takroriy og'riqlar, 19% (15 nafarida) ko'p, uzoq muddatli hayz ko'rish, 13,8% (11 nafar) disporeuniya kuzatilgan.

XULOSA: endometriozlar bilan og'rigan bemor ayollarning anamnezida kasallikning quyidagilar ustunlik qildi: hayz ko'rishning uzayishi (41,3%), dismenoreya (65%), birlamchi bepushtlik (63%).

ADENOMIOZNING BACHADON MIOMALARI BILAN BIRGA UCHRASH CHASTOTASI

Karimjonov X.A., Mamataliev A.R.

ADTI

Material va uslublar: Ushbu tadqiqotda 2019-2022 yillar mobaynida 80ta gisterektomiya tashixi bajarilgan va 20ta boshqa sabablar (nazorat guruxi) bo'yicha bachadon amputatsiya qilingan bemor ayollar kasallik tarixlari va biopstat materiallari urganildi.

Natijalar: Tadqiqotdagi ko'pchilik ayollarda hayz davrining muntazamligi kuzatilgan va u o'rtacha 28-30 kunni tashkil etgan. Endometriozlar kuzatilgan bemor ayollarning 65%-ida (52nafar) dismenoreya aniqlangan, ulardan kasallikni I-II bosqichlari 33nafarida (60,8%) va III-IV bosqichlari esa 7nafar (25,2%) bemor ayollarda kuzatilgan. Nazorat guruhida dismenoreya bilan kasallanish 7 nafar (32,5%) tashkil etgan.

Kasallikning klinik ko'rinishlarini boshlanishidan birinchi bor kasalxonaga yotqizilishgacha bo'lgan davr davomiyligini 6 oydan 8 yilgacha muddatni tashkil etgan.

Bachadon endometriozlarni I-II bosqichidagi bemor ayollarni 16,7%-ida (9 nafar) va III-IV bosqichli ayollarni 38,5% (10nafarida) aniqlangan. Nazorat guruhida bu patologiya kuzatilmagan. Endometriyning giperplastik jarayonlari 1-guruhdagi bemor ayollarni 72,2%-ida (39 nafarida) va 2-guruhdagi bemor ayollarni 53,9%-ida (14 nafarida) aniqlangan bo'lsa, nazorat guruhida bu patologiya bemor ayollarni 35%-ida (7 nafarida) aniqlandi, bu o'z navbatida, endometriozlar bilan og'rigan bemorlarga qaraganda ancha past ko'rsatkichni namoyon qildi.

Adenomioz bilan kasallangan ayollar guruhlarida bemor ayollarning deyarli 50%-ida turli diametrlidagi endometrioid tuxumdon kistalari topildi.

XULOSA: endometriozlarni bosqichlarini ortib borishi bilan bachadon miomalarini uchrash chastotasi ortishi o'rtasida parallellik kuzatildi.



REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIOZLARNING BEPUSHTLIKKA OLIB KELISHDAGI O'RNINI

Karimjonov X.A., Mamataliev A.R.

ADTI

Dolzarbligi: Reproktiv yoshdagi ayollarda endometrioz, turli mualliflar malumotlari bo'yicha 12-50%-gacha qayd etilib, bepushtlik, surunkali tos og'rig'i sindromi, turli somatik kasalliklar bilan birga kuzatilmoqda.

Ushbu tadqiqotda 80ta gisterektomiya tashixi bajarilgan va 20ta (nazorat guruhi) boshqa sabablar bo'yicha bachadon amputatsiya qilingan bemor ayollar kasallik tarixlari va biopat materiallari retrospektiv tahlil qilindi.

Natijalar: Bemor ayollar guruhlarida hayz ko'rishning boshlanishi asosan 12 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan davrda, jinsiy xayotning boshlanishi 18-24 yoshga to'g'ri keldi. Menstrual siklning davomiyligi 28-30 kun ichida o'zgarib, o'rtacha $28,7 \pm 1,2$ kunni tashkil etdi.

Endometriozlar kuzatilgan bemor ayollarni 65% (52nafar) dismenoreya aniqlandi, ulardan kasallikni I-II bosqichlari-33 nafarida (60,8%) va III-IV bosqichlari esa 7nafar (25,2%) bemor ayollarda kuzatildi. Nazorat guruhida dismenoreya bilan kasallanish 7 nafar (32,5%) tashkil etdi. Endometriozlarga tekshirilgan 80 nafar bemor ayolning 52% (42 nafar) birlamchi bepushtlikdan aziyat chekkan va bemor ayollarni 18% (14 nafar) ikkilamchi bepushtlik tashixisi qo'yilgan. Endometriozlarni I-II bosqichlarida birlamchi bepushtlik 60% (48nafar) holatlarda, III-IV bosqichlari esa 40% (32 nafar) holatlarda kuzatildi.

Ikkilamchi bepushtlik 1-guruh bemor ayollarda-18,5% (10 nafarida), 2-guruhda-23,1% (6 nafarida) aniqlandi. Nazorat guruhida 8 nafar (40%) bemor ayollarda birlamchi bepushtlik, 1 nafar bemor ayolda ikkilamchi (5%) aniqlandi. 1-guruhdagi bemor ayollarda ikkilamchi bepushtlik bilan 21,4% (12 nafar) holatlarda bitta homiladorlik kuzatilgan, bemor ayollarning 10,7% (5nafar) birdan ortik homiladorlik holati uchradi. 2-guruh ayollarida homiladorlik mos ravishda 20% (5nafarni) tashkil etgan. 3-guruhda bitta homiladorlik holati uchragan bemorlar 13,3% (3 nafar), bir nechta homiladorlik kuzatilgani esa-20% (4 nafar)ni tashkil etdi.

XULOSA: endometriozlar bilan og'rigan bemor ayollarni anamnezida kasallikning quyidagilar ustunlik qildi: hayz ko'rishning uzayishi (41,3%), dismenoreya (65%), birlamchi bepushtlik (63%).



ENDOMETRIOZ KUZATILGAN BEMORLARDAGI GENITAL VA EKSTRAGENITAL KASALLIKLARNING UCHRASHI

Karimjonov X.A., Mamataliev A.R.

ADTI

Ishning **Maqsadi:** endometriozlarda genital va ekstragenital patologiyalar birgalikda kechishini urganish.

Natijalar: Barcha bemorlar reproduktiv yoshda, buzilmagan xayz davrining proliferativ bosqichida bo'lgan. Menstrual siklning davomiyligi o'rtacha $28,7 \pm 1,2$ kunni tashkil etdi. Bemorlarni 65%-ida (52nafar) dismenoreya aniqlanib, ulardan kasallikni I-II bosqichlari–33nafarida (60,8%) va III-IV bosqichlari esa 7 nafar (25,2%) bemor ayollarda kuzatildi. Nazorat guruhida dismenoreya bilan kasallanish 7nafar (32,5%) tashkil etdi.

Endometriozlarning I-II bosqichlarida jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar va surunkali yallig'lanish jarayonlari bemor ayollarning 50% (27 nafarida) bir xil darajada uchradi, kasallikni III-IV bosqichida u 30,8% (8 nafar), 3-guruhning 32,0% (8 nafar) bemor ayollarida uchradi. Bachadon bo'yni fon kasalliklari kasallikni I-II bosqichlarida 16,7%-ida (9 nafar), III-IV bosqichlarida 30,8%-ida (8 nafar) aniqlandi. Bachadon bo'yni displaziyasi 1-guruhdagi bemor ayollarni 18,5% (10 nafar), 2-guruhdagi bemor ayollarni 11,5% (3 nafar), nazorat guruhida ayollarni 5% (1 nafarida) aniqlandi.

Bemor ayollarni 46,9%ida (14 nafar) endokrinopatiyalar, oshqozon-ichak traktining surunkali kasalliklari 25% (7 nafar), siydik tizimi kasalliklari 10,8% (3 nafar), surunkali tonzillit 30% (8 nafarida) qayd etildi. Kasallikni III-IV bosqichlarida yurak-qon tomir tizimi kasalliklari–3,9% (1nafar) va 1-guruhdagi bemor ayollarda varikoz kasalligi–3,9% (1 nafarda) qayd etildi.

XULOSA: Kasallikning I-II bosqichlarida jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar (50%), III-IV bosqichlarida esa turli endokrinopatiyalar va oshqozon-ichak traktining surunkali kasalliklari kup uchrashi kuzatildi.

Og'ir qo'shaloq kraniocerebral shikastlanishlarda ikkilamchi yallig'lanish asoratlarini davolashda immunomodulyator limfotrop terapiyadan foydalanish tajribasi.

Kuldashev K.A., To'xtayev J.J., Kamchinov M.M., Akbarov I.N., Ahmedov B.O., Xursanov A.A., Inamova G.K..

Andijon davlat tibbiyot instituti bolalar travmatologiyasi, ortopediya va neyroxirurgiya kafedrasi, Andijon, O'zbekiston.

Tadqiqot **Maqsadi:** Og'ir qo'shaloq bosh miya shikastlanishida (OQBMSH) intrakranial yuqumli va yallig'lanish asoratlarining oldini olish va davolash uchun limfotrop immunomodulyar terapiyadan foydalanish samaradorligini o'rganish.

Materiallar va usullar: Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Andijon filiali neyroxirurgiya va travmatologiya bo'limiga o'tkir OQBMSH bilan yotqizilgan 227 nafar bemor tahlil qilindi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Natijalar va munozaralar: Korrelyatsiya tahlili ($n=227$) ko'rsatdiki, intrakranial yiringli-yallig'lanish asoratlarning rivojlanishi bosh suyagi gumbazi va asosi yoriqlari mavjudligiga ($r=0,6$; $p<0,01$), ochiq jarohat mavjudligiga bog'liq. Kranioserebral shikastlanish va komaning davomiyligi o'z navbatida, bu asoratlarning rivojlanishi o'tkir qo'shaloq miya shikastlanishining natijalari bilan aniq bog'liqdir ($r = 0,7$; $p<0,01$).

Ushbu asoratlarni oldini olish va davolash uchun 154 nafar OQBMSH bilan ekstrakranial yuqumli o'choqlar va sepsis mintaqaviy limfotrop terapiya o'tkazildi. Dori-darmonlar kuniga bir marta 1-3 kun davomida servikal va submandibular limfa tugunlari mintaqasiga yaraning yonidan yuborildi. Xuddi shu patologiyaga ega bo'lgan bemorlarning yana bir guruhi (73 kishi) limfotrop terapiyani olmagan, davolash tomir ichiga va mushak ichiga infuziya qilingan. Afsuski, antibiotiklar va immunomodulyatorlarni qabul qilishning an'anaviy usullari limfa tizimida dori vositalarining terapevtik kontsentratsiyasini ta'minlamaydi. Bundan tashqari, dorilarning terapevtik kontsentratsiyasi qon va to'qimalarda 4-12 soat davomida juda cheklangan vaqt davomida saqlanadi. Preparatni o'rtacha terapevtik bir martalik dozada bir marta yuborish bilan biz tomonidan qo'llaniladigan limfotropik antibakterial va immunomodulyatsion terapiya nafaqat limfa tizimida, balki aksariyat to'qimalarda, to'qimalar zardobida va qon zardobida 24 soat davomida terapevtik konsentratsiyani ta'minladi.

Xulosa: Tavsiya etilgan limfotrop immunomodulator terapiya asosiy davolash samaradorligini oshiradi, og'ir qo'shaloq kraniocerebral shikastlanishlarda yuqumli asoratlarning rivojlanishining oldini oladi.

ST. AUREUS ZAMONAVIY DIAGNOSTIKASI

Kurbanova S.Yu., Murodova I.A., Imamnazarova M.Y.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent vaksina va zardoblar ilmiy tatqiqot institute

Mavzuning Dolzarbligi. St. aureus turli yo'llar orqali yuqadigan va turli xil simptomatik ko'rinishda namoyon bo'ladigan kasalliklarni keltirib chiqaruvchi bakteriyadir. Bundan tashqari, ko'p insonlar bu bakteriyalarning shtammlarini teri, burun va tomoqda tashuvchi sifatida olib yurishadi. Bu esa st. aureus tashxisini qiyinlashtiradi. St. aureus shtammlari teri butunligi buzulishlari orqali mahalliy yallig'lanish ifeksiyalarni keltirib chiqarishi yoki qon orqali tarqalib sepsis, suyakda osteomielit, miyada meningit, o'pkada pnevmoniya kabi kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkin. Immunitet tizimi zaif bo'lgan kontingentlar ushbu bakteriya bilan kasallanishga moyildirlar.

Tashxis qo'yish uchun muhim birinchi qadam bakteriyalarni tegishli namunalardan ajratishdir. St. aureus gramm-musbat kokkus bo'lib, diametri taxminan 1 mkm bo'lgan yumaloq hujayralar uzumga o'xshash klasterlarni hosil qiladi, bu bir nechta tekislikda bo'linish qobiliyatidan dalolat beradi. Ular aerob va anaerob nafas olish qobiliyatiga ega va ko'pchilik



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



shtammlar mannitolni anaerobik fermentatsiya qiladi. Qonli agarda ular xarakterli tillarang yoki oq rangli koloniyalarni hosil qiladi. Ular katalaza, koagulaza fermentlar va ba'zi shtammlar kapsulalar hosil qiladi. St. aureusni aniqlash uchun turli testlardan foydalanish mumkin, jumladan, A proteinini ishlab chiqarish, hujayradan tashqari koagulaza va issiqlikka bardoshli nukleaza testlari. Bundan tashqari, molekulyar usullar yaqinda ishlab chiqildi. Turli xil tadqiqotlardagi testlarning samaradorligini taqqoslash qiyin bo'lishi mumkin, chunki St. aureusning turli shtammlari o'zgaruvchan va ular turli yo'llar bilan harakat qilishlari mumkin. St. aureusning vaqti-vaqti bilan izolatsiyasi koagulaza yoki boshqa biokimyoviy testlarda noaniq natijalar beradi va muqobil usul bilan shtammni tasdiqlash zarurati tug'iladi. Bundan tashqari, metitsillin/oksatsilinga sezuvchanlik testi natijalari noaniq bo'lishi mumkin va bu holda molekulyar biologik test o'tkazish maqsadga muvofiqdir

Maqsad. St. aureus zamonaviy tashxis usullarini o'rganish va amaliyotga tadbiiq etish.

Material va tekshiruv usullari. Toshkent davlat stomatologiya instituti mikrobiologiya laboratoriyasi va O'zbekiston Respublikasi FA Immunologiya va inson genomikasi instituti mikrobiologiya laboratoriyasi.

Xulosa. St. aureusni aniqlashning aksariyat molekulyar usullari PZRga asoslangan. Hozirda turlarga xos belgilarni aniqlash uchun mo'ljallangan bir qator praymerlar ishlab chiqilgan. Bunday maqsadlarga nukleaza (nuc), koagulaz (koa), protein A (spa), femA va femB, Sa442, 16S rRNK va sirt bilan bog'langan fibrinogenni bog'lovchi oqsil genlari kiradi va 37 – 43 St. aureusning ichki transkripsiyalangan ajratuvchini (ITS) ma'lum ketma-ketlikni aniqlaydigan, real vaqt rejimida sotiladigan PZR to'plamlari (Roche Applied Science, Penzberg, Germaniya) bilan dastlabki tadqiqotlar muvaffaqiyatli bo'ldi. Bu va boshqa muqobil molekulyar identifikatsiya va sezuvchanlik test usullari so'nggi yillarda muntazam diagnostika laboratoriyalarida foydalanish uchun chet davlatlarda ishlab chiqilgan. Biroq, hozirgi vaqtda ushbu testlarning qo'shimcha harajatlarini, diagnostika laboratoriyalariga keladigan klinik namunalarning ko'pligi va diapazoni hisobga olingan holda, faqat St. aureusni molekulyar biologik aniqlash mumkinligi boshqa usullar shubhali natijalar berganda aniq tasdiqlash va ilmiy tatqiqot ishlarini olib borish **Maqsadida** ishlatilmoqda.

NAFAS OLISH TIZIMINING SHIKASTLANISH DARAJASINI BAHOLASH ALGORITMINING KLINIK MORFOLOGIYASI VA ULARNING COVID 19 TASHXISI

Kutlikova Guzalxon Mahammajonovna, dotsent

VOP 2 kafedras

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Ishda otopsiyada aniqlangan COVID-19 bemorlarida yuqori nafas yo'llarining shikastlanish xususiyatlari batafsil tavsiflangan va tasvirlangan.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



COVID-19 diagnostikasi algoritmi jahon tibbiyot amaliyotining to'plangan tajribasini hisobga olgan holda zamonaviy yondashuvlar, usullar va texnologiyalardan foydalanishga asoslangan. Hozirgi vaqtda kasallikning klinik va epidemiologik xususiyatlarini intensiv o'rganish, uning oldini olish va davolashning yangi vositalarini ishlab chiqish davom etmoqda.

Tadqiqotning Maqsadi. COVID 19 da nafas olish tizimining shikastlanish darajasini baholang va ularni tashxislash algoritmining klinik morfologiyasini o'rganing.

Materiallar va tadqiqot usullari. Andijonda o'tkazilgan patologik otopsilarning COVID-19 soniga xos bo'lgan 150 ta otopsi natijalari o'rganildi.

Tadqiqot natijalari. COVID-19 ga xos bo'lgan o'pkaning patologik o'zgarishi, tarqalishi jihatidan har xil bo'lib, barcha o'liklarda aniqlangan va diffuz alveolyar shikastlanish (dap) rivojlanishi bilan o'pkaning qon tomir to'shagining shikastlanishi (mikroangiopatiya, tromboz, halokatli samarali vaskulitning alohida kuzatuvlarida) va alveolyar-gemorragik sindrom, asosan birinchi, eksudativ, dap fazasi. Qon tomir va gemorragik tarkibiy qismga ega bo'lgan bunday virusli interstitsial pnevmoniya O'RDS ning morfologik substrati edi.

SARS-CoV-2 RNK va epidemiologik anamnez uchun bitta laboratoriya tekshiruvi natijalaridan qat'i nazar, kompyuter tomografiyasi yoki ko'krak qafasi rentgenografiyasiga ko'ra o'pkada xarakterli o'zgarishlar bo'lgan og'ir pnevmoniyaning klinik ko'rinishlarining mavjudligi (ushbu tavsiyalarining 3.1-bandi va 1-ilovasiga qarang).

SARS-CoV-2 RNK uchun laboratoriya tekshiruvi o'tkazilmasa, shubhali COVID-19 holati.

Xulosa. Turli mamlakatlarda patologik tashxisni shakllantirish, COVID-19 dan o'lim sabablarini tanlash va hisobga olishda turli xil yondashuvlar mavjud, bu o'lim statistikasidagi sezilarli farqlarni tushuntiradi. COVID-19 uchun yagona xalqaro tavsiyalar JSSTning 2020 yil 16-20.04.dagi ko'rsatmalarida keltirilgan.

HOMILADORLIK PAYTIDA GIPERTONIK VA VEGETATIV KRIZLARNING OLDINI OLISH XUSUSIYATLARI

Kuziyeva G.A.

**Akusherlik va ginekologiya kafedrası №1
Andijon davlat tibbiyot institute**

Dolzarblik. Homilador ayollarda gipertenziv holatlar-bu gipertenziv kasalliklarning turli xil klinik va patogenetik turlarini birlashtirgan tushuncha. Ba'zi hollarda, homiladorlikdan oldin ayollarda surunkali buyrak kasalligi bo'lishi mumkin, bu qon bosimining ko'tarilishining etiologik omilidir; boshqalarida – muhim gipertenziya; uchinchidan, homiladorlikdan oldin normotenziv ayollarda qon bosimining ko'tarilishi homiladorlikning o'zi tomonidan qo'zg'atiladi, homiladorlik shakllari deb ataladi – homiladorlik gipertenziyasi va preeklampsi. Bundan tashqari, homiladorlik paytida arterial gipertenziya sabablari tarkibida eng katta rol aynan ikkinchisiga beriladi, bu M. A. Braun va M. L. Buddle ma'lumotlariga ko'ra homilador ayollardagi



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



barcha gipertenziv kasalliklarning asosiy qismini tashkil qiladi: homiladorlik gipertenziyasi-43%, preeklampsi-27%, muhim gipertenziya-19%, preeklampsi. oldingi gipertenziyaga yotqizilgan - 7%, ikkilamchi (simptomatik) gipertenziya – 4%.

Tadqiqotning Maqsadi. Farg'ona vodiysi sharoitida homilador ayollarda gipertenziv va vegetativ inqiroz asoratlari uchun asosiy xavf omillarining tarqalishini aniqlang.

Materiallar va tadqiqot usullari. Homilador ayollarning birlamchi tibbiy hujjatlari tahlili o'tkazildi. Dastlabki namunaga 86 ayol kiritilgan bo'lib, ular 3 guruhga bo'lingan: nazorat guruhi fiziologik homiladorlik bilan 20 ayol, 1-asosiy guruh – Add bilan 30 homilador ayol, 2-asosiy guruh – arterial gipertenziya bilan 36 homilador ayol.

Tadqiqot natijalari. Ko'plab tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, homiladorlikning asoratlari rivojlanish xavfi, ulardan biri preeklampsi, oldingi homiladorlikda allaqachon preeklampsi bo'lgan ayollarda ortadi; antifosfolipid sindromi mavjud bo'lganda; qandli diabet; ko'p homiladorlik; birinchi homiladorlik; qon bosimining ko'tarilishi tarixi; homiladorlikning boshida yoki anamnezida tana massasi indeksining oshishi; yoshi bilan 40 yoshdan oshgan onalar; qarindoshlarida preeklampsi (ona, opa-singillar).

Preeklampsi birinchi homiladorlik paytida ayollarning 3,9 foizida, ikkinchi homiladorlik paytida 1,7 foizida va uchinchi homiladorlik paytida ayollarning 1,8 foizida, ayol bir xil sherik bilan bo'lganida rivojlangan. Ikkinchi yoki uchinchi homiladorlikdagi xavflar oldingi homiladorlikdan beri o'tgan vaqt bilan bevosita bog'liq va interval 10 yil yoki undan ko'proq bo'lsa, nullipar ayollarda xavf yaqinlashadi. Oldingi homiladorlikning preeklampsiyadan himoya ta'siri vaqtinchalik.

Onaning asoratlari orasida gipertoniya, preeklampsi, homiladorlik qandli diabet, yuqumli asoratlar xavfi ortadi. Hatto o'rtacha ortiqcha vazn ham homiladorlik qandli diabet va homiladorlik paytida gipertonik kasalliklar uchun xavf omilidir. Ortiqcha vaznli yoki semirib ketgan ayollar ko'proq mehnat induksiyasini talab qiladi va operativ etkazib berishning yuqori foiziga ega.

Past Apgar ballari, makrosomiya, asab naychalari nuqsonlari onalari semirib ketgan bolalarda onalari normal tana massasi indeksiga ega bo'lgan bolalarga qaraganda tez-tez uchraydi. Onaning semirib ketishi perinatal o'limni oshiradi.

Xulosa. Homilador ayollarda gipertenziv kasalliklar yurak-qon tomir tizimining eng keng tarqalgan va eng muhim kasalliklari va sindromlari orasida asosiy hisoblanadi. Ushbu muammoning ahamiyati shundaki, gipertenziv kasalliklarga chalingan ayollarda homiladorlik ko'pincha jiddiy sog'liq muammolari va hatto onaning o'limi (ba'zi mamlakatlarda 40% gacha), bolalar va perinatal kasallanish va o'limning yuqori darajasi, shuningdek, bir qator akusherlik asoratlari bilan birga keladi.

Ba'zi dorilarning homila o'sishi va rivojlanishiga mumkin bo'lgan sekinlashtiruvchi ta'siri tufayli dori-darmonlarni ehtiyotkorlik bilan davolash kerak. Shu bilan birga, dorilarning teratogen va embriotoksik ta'sir qilish xavfini oshirib yubormaslik kerak, chunki ulardan oqilona foydalanishni rad etish nafaqat onaning, balki uning tug'ilmagan bolasining sog'lig'iga ham zarar etkazishi mumkin.



FARG'ONA VODIYSI SHAROITIDA HOMILADOR AYOLLARDA TEMIR TANQISLIGI ANEMIYASI

Mamadaliyeva M.M.

Akusherlik va ginekologiya kafedrası №1

Andijon davlat tibbiyot institute

Kirish. Asar akusherlik va perinatal amaliyotda dolzarb dunyo muammosini – homilador ayollarda temir tanqisligi anemiyasini taqdim etadi. Ushbu patologiya, diagnostika, profilaktika va davolashning zamonaviy usullarini joriy etilishiga qaramay, hozirgi vaqtda muhim bo'lib qolmoqda. Homilador ayollarda qon kasalliklari orasida anemiyaning turli shakllari 90% ni tashkil qiladi, shundan 75-90% temir tanqisligi anemiyasi (jda). Anemiyaning boshqa shakllari homilador bo'lmagan ayollar populyatsiyasiga qaraganda tez-tez uchraydi.

Tadqiqotning Maqsadi. Farg'ona vodiysida yashovchi homilador ayollarda anemiya sindromining rivojlanish chastotasi va xususiyatlarini aniqlash, temir o'z ichiga olgan dorilarning samaradorligini hisobga olgan holda temir tanqisligi anemiyasini tashxislash va davolash tamoyillarini ishlab chiqish va asoslash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Istiqbolli tadqiqot tadqiqot vazifalariga qarab 4 ta mustaqil guruhga bo'lingan 102 ayolni o'z ichiga oldi.

Tadqiqot natijalari. Farg'ona vodiysida yashovchi 50 nafar balog'at yoshidagi qizlardan 29 nafarida (58%) temir tanqisligi holati aniqlangan. Temir tanqisligi bo'lgan o'spirinlarning 78 foizida ijtimoiy-iqtisodiy turmush darajasi past, 82 foizida alimentar omil mavjud.

PDDA yashovchi homilador ayollarda temir tanqisligi anemiyasi va yashirin temir tanqisligi mos ravishda 44% va 96,5% da kuzatiladi.

Temir tanqisligi anemiyasi uchun xavf omillari: ijtimoiy-iqtisodiy omillar (qiyosiy xavf 1,7), og'ir akusherlik va ginekologik tarix(qiyosiy xavf 1,6), o'tkir va surunkali yallig'lanish kasalliklarining kuchayishi (qiyosiy xavf 1,2).

Temir tanqisligi kamqonligi bo'lgan 150 homilador ayoldan 46 tasida (30,7%) qalqonsimon bez patologiyasi aniqlangan, bu anemiya sindromi bo'lgan barcha homilador ayollarda qalqonsimon bez funksiyasini tekshirish zarurligini ko'rsatadi.

Fiziologik homiladorlik bilan og'rigan ayollarda sarum temir va ferritinning asta-sekin pasayishi kuzatiladi, bu Sh trimestrda eng aniq namoyon bo'ladi, mos ravishda ko'rsatkichlarning pasayishi $12,3 \pm 1,4$ mkmol/l va $18,9 \pm 1,7$ mg/l periferik qonda gemoglobinning deyarli barqaror konsentratsiyasi fonida yuzaga keladi, bu to'qima va transport temirining yashirin etishmovchiligini ko'rsatadi.

Shuning uchun gemoglobin ko'rsatkichi homilador ayollarda temir tanqisligi darajasini baholash uchun etarli mezon emas. Gemogrammaning bir nechta ko'rsatkichlarini (gemoglobin, rang ko'rsatkichi, gematokrit) sarum temir darajasini aniqlash bilan birgalikda o'rganish maqbuldir.

Turli xil temir o'z ichiga olgan preparatlarning qiyosiy xususiyatlari shuni ko'rsatdiki, sorbifer durules, ferrum lek va fenuls eng samarali hisoblanadi. Ushbu dorilar gemoglobinning juda tez o'sishini ta'minlaydi, davolash boshlanganidan keyin 8 hafta ichida ferrokinetika ko'rsatkichlarini



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



tiklashga yordam beradi. Totem va ferropex preparatlari sarum temir va ferritinning o'sishiga nisbatan eng kam samarali ekanligi isbotlangan.

Yon ta'sirlarning eng yuqori chastotasi sorbifer durules (30%), keyin ferropex, Totema (13,3%) va fenuls (6,6%) preparatlari tufayli yuzaga keladi. Ferrum lek preparatini qabul qilish aniq yon ta'sirlar bilan birga kelmaydi, ushbu preparat bilan davolash samaradorligi barcha bemorlarda istisnosiz qayd etilgan.

Har qanday temir preparatlari bilan davolanish fonida homiladorlik va tug'ish natijalari yanada qulayroq bo'ldi: erta tug'ilishning past darajasi, mehnat anomaliyalari, qon yo'qotish hajmining pasayishi, yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun qulayroq natijalar va ularning Apgar ballari yuqori.

Xulosa. Shunday qilib, yuqorida aytilganlarning barchasidan **Xulosa** qilishimiz mumkinki, homilador ayollarni kutish jiddiy patologiya bo'lib, ona va homila tomonidan ko'plab asoratlarni keltirib chiqaradi. Shuning uchun bu muammo majburiy va darhol tuzatishni talab qiladi.

HOMILADOR AYOLLAR VA TUG'RUQXONALARDA TEMIR TANQISLIGI HOLATLARINI DIAGNOSTIKASI VA OLDINI OLISH

Mamadaliyeva M.M.

Akusherlik va ginekologiya kafedrası №1

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarbik. Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, temir tanqisligi anemiyasi aniqlangan homilador ayollar soni har yili 20 millionga etadi.

Temir tanqisligi anemiyasi qonda, qizil suyak iligida (kkm), shuningdek depoda (jigar, taloq, mushaklar) temir etishmasligi bilan tavsiflanadi, bu gemoglobinning asosiy tarkibiy qismi bo'lgan gem hosil bo'lishining buzilishiga olib keladi.

Ko'pgina mualliflar o'rtacha va ba'zan yashirin (yashirin) temir tanqisligi bilan namoyon bo'ladigan homilador ayollarning fiziologik ida deb ataladigan narsani ajratib ko'rsatishadi. Buning sababi homila qon aylanishi uchun zarur bo'lgan aylanma qon hajmining ko'payishi.

Fiziologik qon bosimi tufayli qon reologik xususiyatlarini o'zgartiradi, uning yopishqoqligi pasayadi, chunki gematokrit kamayadi. Shu bilan birga, mikrosirkulyatsiyaning yaxshilanishi qayd etiladi, bu homiladorlik paytida tabiiy moslashish mexanizmi – platsentaning normal ishlashi va homila ovqatlanishi.

Tadqiqotning Maqsadi. Belgilangan patogenetik variantlar asosida homilador ayollar va tug'ruqxonalarda temir tanqisligi holatlarini tashxislash, oldini olish va davolashni optimallashtirish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Istiqbolli tadqiqot tadqiqot vazifalariga qarab 4 ta mustaqil guruhga bo'lingan 102 ayolni o'z ichiga oldi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Tadqiqot natijalari. Engil anemiya bilan murakkablashgan homiladorlik bilan, temir tanqisligi bilan murakkab bo'lmagan homiladorlik bilan taqqoslaganda, platsenta etishmovchiligi va erta tug'ilish 4 baravar tez-tez rivojlanadi; 1,5 baravar ko'proq - abort qilish xavfi; bemorlarning 1/3 qismida tug'ruqdan keyingi davr MJ bilan murakkablashadi; tug'ruqdan keyingi qon ketish va yuqumli asoratlar sezilarli darajada tez-tez uchraydi; erta tug'ilgan erta neonatal davrda yangi tug'ilgan chaqaloqlarda bolalar va asoratlar. Engil darajadagi MJ bilan og'rigan homilador ayollarda temir tanqisligining to'liq tug'ilgan chaqaloqlarning tana vazniga va ularning tug'ilish paytida Apgar shkalasi bo'yicha holatini baholash miqdoriga ishonchli ta'siri aniqlanmagan.

Homilador ayollar va tug'ruqxonalarda temir tanqisligi holatlarining rivojlanishi bilan eritropoetin ishlab chiqarishning etarlilik koeffitsienti darajasi temir tanqisligi bosqichiga mutanosib ravishda pasayadi. Eritropoetinni etarli darajada ishlab chiqarmaslik darajasi o'rtacha MJ engil bo'lgan homilador ayollarning 47,2 foizida, tug'ruqxonalarda esa MJ zo'ravonligiga mutanosib ravishda aniqlanadi (engil og'irlikdagi tug'ruqxonalarning 12 foizida, o'rtacha 50 foizida va 80 foizida).

JDS bilan homilador ayollarni temir preparatlari bilan davolash samaradorligi elementar temir dozasi va endogen eritropoetin darajasiga bog'liq. Eritropoetin darajasi etarli bo'lgan homilador ayollarda davolash samaradorligi etarli bo'lmagan homilador ayollarga nisbatan 2,5 baravar yuqori.

So'nggi 5 yil ichida homilador ayollar va tug'ruqxonalarda temir tanqisligi (MJ) darajasi pasayish tendentsiyasiga ega emas va homilador ayollarda 25,9% va tug'ruqxonalarda 11,2% ni tashkil qiladi.

JDSNI tashxislash, oldini olish va davolash algoritmi ishlab chiqilgan bo'lib, u homilador va tug'ruqxonalarni skrining natijalari asosida (temir metabolizmining turli fondlari ko'rsatkichlarini aniqlash) JDSNING patogenetik versiyasini o'rnatishga va davolanishni individuallashtirishga imkon beradi.

Ishlab chiqilgan algoritmni keng akusherlik amaliyotiga joriy etish JDSNING dastlabki bosqichlarini aniqlashga, ona, homila va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda MJ (94%) va unga bog'liq asoratlarning rivojlanishiga samarali to'sqinlik qilishga, samarali patogenetik davolanishni ta'minlashga imkon beradi.

Ko'pgina rivojlangan mamlakatlarda profilaktika dasturlarini tashkil etishga qaramay, ida darajasi pasaymaydi, aksincha, uning 12 baravar ko'payishi tendentsiyasi qayd etilgan.

Agar biz jahon statistikasini ko'rib chiqsak, homilador ayollarda ida paydo bo'lish darajasi rivojlangan mamlakatlarda rivojlanayotgan mamlakatlarga nisbatan deyarli 3 baravar past. Bu davlat darajasida olib borilayotgan dasturlar bilan izohlanadi, bu esa barcha homilador ayollarni keyingi nazorat qilish uchun majburiy tekshirishni ta'minlaydi.

Xulosa. Anemiyada ning katta ahamiyati nafaqat homilador ayollar orasida ekstragenital kasalliklar tarkibida ushbu patologiyaning yuqori darajada paydo bo'lishi, balki barcha tizimlar va organlarning ishlashiga, shuningdek homiladorlik, tug'ish, tug'ruqdan keyingi davrlar va homilaga salbiy ta'sir ko'rsatishi bilan bog'liq.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



BOSH MIYADA QON AYLANISHNING O'TKIR BUZILISHI BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA "KALGEN" PREPARATINI DAVO DAVOMIYLIGIGA TA'SIRINI O'RGANISH.

Mamatov B.Y. Ergashev X.M. Nabiyev N.I.
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Dolzarbligi: Hozirgi paytda ekologiya va ijtimoiy omillar ta'sirida bosh miyada qon aylanishning o'tkir buzilishi bilan kasallangan bemorlar soni ko'payib bormoqda. Ushbu kasalliklar o'limga olib keluvchi sabablar orasida butun dunyo bo'yicha ikkinchi o'rinda bo'lib, nogironlikka olib keluvchi asosiy sababchilaridan biri xisoblanadi. Dunyoning turli mintaqalarida uchrash tezligi har 1000ta bemorda 1-4ta. Rossiyada har yili 400 000 dan ortiq insult ro'yhatga olinadi.

Tadqiqot Maqsadi: Bosh miyada qon aylanishning o'tkir buzilishi bilan kasallangan bemorlarni davolashda patogenetik davo sifatida "Kalgen" preparatini samaradorligini baholash;

Material va uslublar: 1. 20 nafar bosh miyada qon aylanishning o'tkir buzilishi bilan kasallangan bemorlarni tanlab olindi. 2. Bemorlar ikki guruhga bo'lindi. 1-guruh bemorlarni davolashda "Kalgen" preparatini qo'llandi. 2-guruh bemorlariga an'anaviy davo qo'llanildi.

R.Sh.T.Y.I.M. Andijon filialida bosh miyada qon aylanishning o'tkir buzilishi bilan kasallangan 20 nafar bemor tibbiy ko'rikdan o'tkazildi, ulardan 10 nafari ayollar, 10 nafari erkaklar. Bemorlarning o'rtacha yoshi 40 dan 60 yoshgacha. Bu bemorlarning barchasida patologik reflekslar, sezgi funksiyasining buzilishi, shuningdek, xotirani yo'qotish, kognitiv-intellektual funksiyalarining buzilishlari aniqlandi. O'tkir davrining dastlabki 7 kunida 1- guruhdagi 10 nafar bemorlarga intensiv kompleks terapiya o'tkazildi, shu bilan birga "Kalgen" preparati nevrologik holat, qon bosimi, EKG monitoringi nazorati, umumiy qon tahlili, protrombin indeksi (PTI), qonni ivish vaqti nazoratida tomir ichiga fiziologik eritma bilan har kuni 1max tomizildi. Mavjud davo o'rnida neyroprotektiv va neyrotrofik ta'sirga ega dori sifatida "Cerebrolysin" preparati 20 ml dozada, tomir ichiga fiziologik eritma bilan nevrologik holat, qon bosimi, EKG monitoringi nazorati, umumiy qon tahlili, protrombin indeksi (PTI), qonni ivish vaqti nazoratida (90 daqiqa davomida), har kuni 1max 7 kun davomida ishlatildi.

Natijalar va Xulosalar: 1-guruhdagi bemorlarda 2-guruhdagi bemorlarga qaraganda sensor va motor funksiyalaridagi buzilishlar tezroq tiklandi, insult asoratlari kamaydi va umumiy davo intervali 1.5 marta qisqardi. Shu jumladan, ijtimoiy va iqtisodiy jihatdan davo davomiyligi 1.5marta kamaydi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



REVMATIK ISITMA KASALLIGINING OLDINI OLISHDA SURUNKALI TONZILLIT DISPANSERIZATSIYANI EFFEKTIVLIGI

Masharipova R.T.

Talaba: Rajabova Bibisara 403 B gurux

Ilmiy raxbar: Masharipova R.T.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Dolzarbliqi. Surunkali tonzillit hozirgi davrda ko'p uchragani (25%) sababli bolalar orasida dolzarb muammo bo'lib qolmoqda. Surunkali tonzillit o'tkazgandan so'ng 10-15% revmatizm, yurak nuqsonlari, glomerulonefrit kabi asoratlarga olib keladi.

Natijada bolalar orasida yurak nuqsoni nogironligi kuzatiladi.

Tekshirishdan maqsad. Surunkali tonzilliti bo'lgan bolalarni aniqlab dispanserizatsiya rejasini tuzib va tuzilgan reja asosida dispanserizatsiyani effektiv o'tkazib, revmatizmni oldini olish.

Material va usullar. Tekshirish Urganch tumani Paxtakor qishlok vrachlik punktida o'tkazildi. Kuzatuvda 42 ta bola bo'lib, ulardan ko'roq qismi 68% qizlar bo'lib, 7 yoshdan 14 yoshgacha. Bu bemorlar umumiy amaliyot shifokori va LOR vrach, kardiorevmatolog nazoratida bo'lganlar. Yiliga 2 marta qon taxlili, peshob taxlili, EKG qilingan. Surunkali tonzillit bilan 2% bemorlarda jarroxlik usuli qo'llanilgan. Qolganlarda konservativ davo o'tkazilgan. 5% bemorlarga kuz va bahor oylarida 6 hafta davomida Bitsillin 3-1200000 XB. 4 haftada bir marta muskul orasiga va nosteroid yallig'lanishga qarshi vosita davo o'tkazilgan (yoshga munosib), vitaminlar bilan davo o'tkazilgan. Shu bilan birga xalqumda va bodomcha bezlarida sanatsiya o'tkazilgan. Fizioterapevtik muolajalar: UBO (Ultrobinafsha nur bilan davolash), UVCh (O'ta yuqori chastotali tok bilan dvolash), Kvars o'tkazilgan. Chiniqtirish ishlari olib borilgan.

Natija: Ilgari 23-25% bemorlarda revmatik isitma kasalligi kuzatilgan bo'lsa, hozirda bu ko'rsatkich 6-8% gacha kamaydi. Ularni umumiy axvoli yaxshilangan, bo'g'imlarida og'riq, yallig'lanish belgilari yo'qolgan. EKG, yurak urish soni me'yorlashgan. Yurak tonlari aniqlashgan. O'tkazilgan laborator tekshiruvlardan, ya'ni qon taxlili, siydik taxlili me'yorlashgan. Faqat bir bemorda revmatik isitma kasalligi kuzatilgan.

Xulosa: Demak yuqorida ko'rsatilganlarga asosanib surunkali tonzillit dispanserizatsiyasi o'z vaqtida va to'liq olib borilsa, revmatik isitma bilan kasallanishni kamayishiga olib kelar ekan. Bu bolalarni nogironlikdan saqlash demakdir.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



BOLALAR VA O'SMIRLARDA TUGMA YURAK NUQSONLARINING VEGETATIV NERV TIZIMI VA JISMONIY RIVOJLANISHGA TASIRI

Masharipova R.T.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Dolzarbligi : tug'ma yurak nuqsonlarining (TYuN) bolalar patologiyasining 15 % tashkil etib, bolalik va o'smirlik yoshidagi nogironlik , xamda o'limga olib keluvchi omil xisoblanadi.

Barqaror qon oqimi butun tana va bosh miya , orqa miya xujayralari pustlok osti xosilalar , vegetativ nerv tizimi (VNT) markazlarini ozuqa bilan ta'minlaydi. Tugma yurak nuqsonida qon oqimi barqarorligi ta'minlanmas ekan organizmda jumladan vegetativ nerv tizimida o'zgarishlarga olib keladi .

Maqsad: Bolalar va o'smirlarda tug'ma yurak nuqsonlarining vegetativ nerv tizimi va jismoniy rivojlanishga tasirini o'rganish.

Material va uslublar:Xorazm viloyati Bolalar kup tarmoqli tibbiyot markazi kardiorevmatologiya bo'limida 3 yoshdan 12 yoshgacha (3 yoshdan 7 yoshgacha 6 ta , 6-12 yosh 3ta) 10 bola (4 ugil 6 ta kiz bola) o'rganildi. Barcha tug'ma yurak nuqsonlarining 6 ta KATN , 2 ta Fallo tetradas , 1 ta BATN, 1ta AVK aniqlandi. Barcha bolalarning jismoniy rivojlanishi va vegetativ sferasi xolati , antropometrik o'lchovlar va ortostatik sinama yordamida vegetativ reaktivlik tekshirildi.

Natija:Xar bir tug'ma yurak nuqsonli bemorlarda o'rtacha 5 ta shikoyat aniqlandi: tez charchash

10 ta bemorda, xolsizlik 10 ta , yurak soxasida ogrik 7 ta, jismoniy zurikishda xansirash 6 ta , bosh og'rishi 5ta bemorda aniqlandi. Natijada 60% simpatikotoniya, 30% vagotoniya 10% eytoniya farqlandi. Ob'ektiv va antropometrik tekshiruv natijasida 80% bolalarda jismoniy rivojlanishdan orqada qolish aniqlandi.

Xulosa:1.Tug'ma yurak nuqsonli bemorlarda bolalarda yurak qon- tomir , vegetativ nerv tizimi zararlanish va jismoniy rivojlanishdan orqada qolish belgilari aniqlandi

2.Vegetativ nerv tizimi tomonidan kuzatilgan o'zgarishlar TYuN bilan kasallangan bolalarda moslashuv mexanizmlarini susayishiga olib keladi.

ERTA TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA XAVF OMILLARINING KLINIK VA EPIDEMIOLOGIK TAHLILI

Maxsudova X.F.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Hozirgi vaqtda erta tug'ilgan chaqaloqlar muammosi butun dunyoda dolzarbdir. Mamlakatimizda so'nggi o'n yillikda (va chet elda – 1970-yillardan beri) jadal rivojlanayotgan neonatal tibbiyotning yutuqlari erta tug'ilgan chaqaloqlarning omon qolish



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



darajasining sezilarli darajada oshishiga olib keldi. Adabiyotlarga ko'ra, turli mamlakatlarda erta tug'ilish darajasi 5 dan 12,3% gacha.

Intensiv texnologiyalarni joriy etish tufayli erta tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish ushbu sohada ulkan yutuqlarga erishildi, ammo yutuqlar bilan bir qatorda yangi savollar paydo bo'ldi: erta tug'ilgan chaqaloqlarning sog'lig'i va rivojlanishi holati va ularning hayot sifati. Shunday qilib, erta tug'ilgan chaqaloqlarning sog'lig'i ularning to'liq muddatli tengdoshlarining sog'lig'iga qaraganda yomonroq ko'rsatkichlar bilan tavsiflanadi. Tug'ilishdagi homiladorlik yoshi erta tug'ilgan maktabgacha yoshdagi bolalarning sog'lig'idagi anormalliklarning muhim bashoratchisi hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda statsionar davolanish bosqichida muddatidan oldin tug'ilgan bolalarning jismoniy rivojlanishining etarli emasligi kelajakda turli kasalliklarning rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkinligini ko'rsatadigan dalillar ko'paymoqda.

Shuning uchun erta tug'ilgan chaqaloqlarda kasalxonadan chiqarilish vaqtida ularning sog'lig'ini baholash ularning keyingi rivojlanish prognozini aniqlash uchun alohida ahamiyatga ega bo'ladi.

Tadqiqotning Maqsadi. Hayotning dastlabki uch yilida tana vazni juda past va o'ta past bo'lgan bolalarning kasallanish darajasini o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Shahar neonatal bo'limida Andijon shahridagi erta tug'ilgan chaqaloqlar katamnezi bo'limi 1500 gramm yoki undan kam vaznda 4 oydan 3 yoshgacha tug'ilgan 213 bola nazorat qilinadi, ulardan 59 nafari hayotning birinchi yilidagi bolalardir.

Tadqiqot natijalari. Homiladorlikning borishi va chuqur erta tug'ilgan chaqaloqlarning kasalligi tahlil qilindi. Tahlil shuni ko'rsatdiki, 89 (41,8%) chaqaloq tug'ilish davrida kam vaznga ega. Ko'p homiladorlikdan 28 (13,1%) bola tug'ildi. Bronxopulmoner displazi tashxisi bilan 135 bola kuzatiladi, surunkali nafas etishmovchiligi hodisalari hayotning birinchi yilidagi 17 (28,8%) va ikkinchi yil 5 (3,2%) bolalarda kuzatiladi.

Psixomotor rivojlanishning qo'pol kechikishi ko'rinishidagi Markaziy asab tizimining perinatal shikastlanishi 34 (15,9%) bolalarda aniqlanadi. Jismoniy rivojlanishning pasayishi bir yoshgacha bo'lgan 19 (32,2%) bolada va keyinchalik 37 (24,3%) da qayd etilgan. Hayotning birinchi yilida erta tug'ilgan anemiya 59,3% (35) da qayd etilgan, 1 yoshdan 3 yoshgacha 9,1% (14) gacha kamaygan. Erta tug'ilgan og'ir retinopatiyalar 21,1% (45) chaqaloqlarda kuzatilgan.

Xulosa. Shunday qilib, erta yoshdagi chuqur erta tug'ilgan chaqaloqlarda bronxopulmoner displazi, anemiya, gipotrofiya, Markaziy asab tizimining perinatal patologiyasi eng ko'p qayd etiladi. Hayotning birinchi yillarida bunday bolalarni dinamik kuzatish mavjud og'ishlarni nazorat qilish, tuzatish choralarini o'z vaqtida amalga oshirish imkonini beradi.



CHAQALOQLARDA INTERSTITSIAL O'PKA KASALLIKLARI: ASINAR, ALVEOLYAR VA ALVEOLOKAPILLYAR DISPLAZI

Maxsudova X.F.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Bronxopulmoner displaziyaning (BPD) zamonaviy ta'rifi diagnostika mezonlarini belgilab berdi. BPD-muddatidan oldin tug'ilgan chaqaloqlarning o'pkaning diffuz parenximal kasalligi, neonatal davrda o'tkir nafas etishmovchiligi bo'lgan, 28 kundan ortiq vaqt davomida mexanik shamollatish (ventilyator) va/yoki kislorodli terapiya o'tkazilgan

Tadqiqotning Maqsadi. Zamonaviy differentsial diagnostika mezonlaridan foydalangan holda bolalarda interstitsial o'pka kasalliklari diagnostikasini takomillashtirish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot AODB pulmonologiya bo'limlaridan birida stasionar tekshiruv va/yoki davolangan 142 bemorni o'z ichiga oldi. Bemorlarni asosiy va nazorat guruhlariga tanlash doimiy usul bilan amalga oshirildi, tadqiqot ko'proq retrospektiv xususiyatga ega edi (bemorlarning 60% dan ortig'i retrospektiv ravishda tadqiqotga kiritilgan).

Tadqiqot natijalari. Asosiy guruh interstitsial o'pka kasalliklaridan biri (obliteratsiya qiluvchi bronxiolit, yuqori sezgir pnevmonit - eaa, idiopatik fibrozlovchi Alveolit - Elishay) tashxisi qo'yilgan 48 boladan iborat edi. Pnevmoniya, takroriy bronxit, surunkali bronxit, o'tkir bronxiolit, kasallikning atipik va/yoki uzoq davom etadigan klinik ko'rinishi va/yoki terapiyaning ta'siri yo'qligi kabi nafas olish kasalliklari bo'lgan boshqa bolalar, natijada ular (ota-onalarning xabardor roziligi bilan) ko'krak qafasi tomografiyasini o'tkazdilar, taqqoslash guruhini tuzdilar (p \ u003d 94).

Bolalarda interstitsial o'pka kasalliklari tarkibidagi asosiy patologiya obliteratsiya qiluvchi bronxiolit (52,08%), kamroq tez-tez yuqori sezgir pnevmonit (39,59%) va idiopatik fibrotik alveolit \ u200b \ u200b (8,33%). Obliteratsiya qiluvchi bronxiolit va yuqori sezgir pnevmonitning namoyon bo'lishi 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda, idiopatik fibrozlovchi alveolitda - 10-11 yoshda kuzatiladi.

Bolalardagi interstitsial o'pka kasalliklarining barcha shakllariga xos bo'lgan asosiy namoyishlar samarasiz yo'tal, asosan tana haroratining ko'tarilishsiz progressiv nafas qisilishi, o'pkada ikki tomonlama auskultativ o'zgarishlar, cheklovchi buzilishlardir tashqi nafas olish funksiyalari, umumiy va biokimyoviy qon testlarida o'ziga xos o'zgarishlarning yo'qligi. Bolalarda yuqori sezgir pnevmonitning o'ziga xos xususiyati qo'ziqorin allergenlariga sezgirlikdir.

Bolalarda interstitsial o'pka kasalliklarida shunga o'xshash rentgenologik rasm mavjud bo'lib, ko'krak qafasi organlarining an'anaviy rentgenogrammasida emish-disto-interstitsial komponent tufayli o'pka naqshining uyali ko'payishi, mayda fokusli muhrlar va mahalliy pnevmofibroz o'choqlarining shakllanishi bilan tavsiflanadi; kompyuter tomogrammasida o'pka to'qimalarining infiltratsiyasining interstitsial turi, konsolidatsiya o'choqlari, amfizematik shishiradi, fokal va keng tarqalgan fibroklerotik ikkala o'pkada o'zgarishlar.



Yuqori aniqlikdagi ko'krak qafasi tomografiyasi bronxiolitning differentsial diagnostik mezonlarini aniqlashga imkon beradi - "muzli shisha" ning keng tarqalgan shakli, subplevral mintaqalarda chizikli bronxial tuzilmalar, bronxiolalarning u shaklidagi tuzilmalari; yuqori sezgir pnevmonit-notekis joylashgan, asosan o'pkaning Markaziy qismlarida, "muzli shisha" zonalari; idiopatik fibrozlovchi alveolit-"muzli shisha" ning keng tarqalgan zonalari, asosan o'pkaning bazal va postero-bazal qismlarida, ko'plab chuqurchalar o'pkasining rasmini shakllantirishga moyil bo'lgan zmfizematoz-bullyoz shishiradi.

Xulosa. Klinik, laboratoriya va rentgenologik ko'rsatkichlarni har tomonlama baholashni o'z ichiga olgan bolalarda nafas olish kasalliklarini tashxislash uchun ishlab chiqilgan algoritm imkon beradi. qisqa vaqt ichida bolalarda o'pka patologiyasining tabiatini aniqlash/taxmin qilish - yallig'lanish kasalliklari, o'pkada o'ziga xos jarayon, o'pka to'qimalarining interstitsial shikastlanishi - va o'z vaqtida qo'shimcha tekshiruvni tayinlash (ko'krak qafasi organlarining yuqori aniqlikdagi kompyuter tomografiyasi).

TIBBIY DEONTOLOGIYA SAVOLLARI TIBBIY PROFILAKTIKA PROFILI BO'YICHA VRACHLARNI TAYYORLASHDA

Minavarov A.A., Xalmirzaeva S.S., Salieva M.X.
Andijon davlat tibbiyot institute

Mavzuning

Dolzarbligi. Tibbiyot deontologiyasi tibbiyot xodimlarining nafaqat kasallar, balki butun jamiyat oldidagi burchlari haqidagi ta'limot sifatida qaraladi. Deontologik muammolarning bu yo'nalishi mahalliy gigiena fani uchun alohida ahamiyatga ega.

Gigiena mutaxassisleri duch keladigan deontologik muammolarning o'ziga xosligi nafaqat alohida bemorlarning manfaatlaridan, balki butun jamiyat manfaatlaridan kelib chiqadigan bir qator omillar bilan bog'liq.

Tadqiqot Maqsadi. Gigienistlar nafaqat atrof-muhit omillarining ta'siri tufayli odamlarning sog'lig'i holatida o'sgarishlarning paydo bo'lishini aytishlari, balki atrof-muhit omillarining sog'lig'iga mumkin bo'lgan zararli ta'sirining oldini olish bo'yicha o'z vaqtida va yuqori ilmiy darajada tavsiyalar ishlab chiqishlari kerak; shuningdek, yuzaga kelgan noxush vaziyatlarni aniqlash va ularni tezda bartaraf etish.

Tadqiqot material va usullari. Gigienistning kasbiy vazifalari atrof-muhitning ifloslanishining oldini olishga, mehnat sharoitlarini, ta'limni, turmush va dam olishni yaxshilashga, sog'lom ovqatlanishni tashkil etishga, shuningdek kasalliklarning oldini olish va kamaytirishga qaratilgan sanitariya va epidemiyaga qarshi tadbirlarning bajarilishini nazorat qilishdan iborat. Shunga ko'ra, sanitar shifokorning deontologiyasi uning xulq-atvorining atrof-muhit buzilishining oldini olish, inson salomatligi va mehnat qobiliyatini saqlashni maksimal darajada ta'minlaydigan tamoyillarini ta'minlashi kerak.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Tadqiqot natijalari. Deontologik komponent sanitariya shifokori ishining barcha qismlariga hamroh bo'ladi - u odamlarning sog'lig'iga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan ob'ektlar faoliyatini boshqarishda yoki qarorlar qabul qilish jarayonida va qarorlarning bajarilishini nazorat qilishda ishtirok etadimi. Gigienist faoliyatida minglab odamlarning taqdiriga ta'sir qiluvchi mas'uliyatli qarorlarni qabul qilish muhim ahamiyatga ega.

Shu bilan birga, sanitariya shifokori o'z harakatlarini oqlashi, o'z faoliyatini amalga oshirish zarurati to'g'risida jamoatchilik va rasmiy fikrni shakllantirishi kerak. Inson salomatligiga xavf tug'diruvchi ob'ektlarni qurish yoki ulardan foydalanishni to'xtatib turish to'g'risida qaror qabul qilishda deontologiya masalalariga rioya qilish ayniqsa muhimdir. Bunday vaziyatlarda sanitar shifokor sanitariya-epidemiologiya xizmati vakili sifatida ishlaydi va ular odatda uning faoliyati samaradorligini baholaydilar. Shuning uchun gigienistning shaxsiyati va uning harakatlarining qat'iy asoslanishi katta ahamiyatga ega.

Sanitar shifokorning ish joyidagi mehnatni muhofaza qilish bo'yicha profilaktika ishlarining tashkilotchisi sifatida deontologiyasi o'zi aloqada bo'lgan mansabdor shaxslar - turli mulkchilik shaklidagi sanoat va qishloq xo'jaligi ob'ektlari ma'muriyati, muhandislik-texnik xodimlar bilan ishbilarmonlik aloqalarini o'rnatish, mehnatni muhofaza qilish va xavfsizlik xizmati, zavod qo'mitalari a'zolari va boshqalarni o'z ichiga oladi.

Korxonalar ma'muriyati bilan munosabatlar ayniqsa qiyin bo'lib, ular ishchilarni xavfsiz mehnat sharoitlari bilan ta'minlashi va davlat sanitariya nazorati organlarining umumiy va kasbiy kasalliklarning oldini olishga, sog'lig'ini yaxshilashga, mehnat qobiliyati va mehnat samaradorligini oshirishga qaratilgan ko'rsatmalarining bajarilishini oldindan bilishlari kerak.

Xulosa. Boshqa tibbiyot fanlaridagi "shifokor-bemor" klassik deontologik formulasiga o'xshatib, gigienada "gigiyena fani – sanitariya qonunchiligi – inson salomatligi" triadasini ajratib ko'rsatish mumkin.

Shunday qilib, profil.gigiyena fanlari kafedrasida "Deontologiya zaruriy ta'limot sifatida" tushunchasidan kelib chiqib, mutaxassislarni tayyorlash sifatini oshirish **Maqsadida** an'anaviy isbotlangan ish shakllaridan hamda majburiy va fakultativ darslarni o'tkazishda yangi yondashuvlardan foydalanadi.

SANITAR SHIFOKORNING TAYYORLASHDA HAQIQIY AMALIY KO'NIKMALAR BAZASINI SHAKLLANTIRISH

Mirmuhammedov B.B., Salieva M.X., Axmadxo'jaeva M.M.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning Dolzarbligi. Gigienistlar nafaqat atrof-muhit omillarining ta'siri tufayli odamlarning sog'lig'i holatida og'ishlarning paydo bo'lishini aytishlari, balki atrof-muhit omillarining sog'lig'iga mumkin bo'lgan zararli ta'sirining oldini olish bo'yicha o'z vaqtida va yuqori ilmiy darajada tavsiyalar ishlab chiqishlari kerak; shuningdek, yuzaga kelgan noxush vaziyatlarni aniqlash va ularni tezda bartaraf etish.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Tadqiqot **Maqsadi.** Gigienistning kasbiy vazifalari atrof-muhitning ifloslanishining oldini olishga, mehnat sharoitlarini, ta'limni, turmush va dam olishni yaxshilashga, sog'lom ovqatlanishni tashkil etishga, shuningdek kasalliklarning oldini olish va kamaytirishga qaratilgan sanitariya va epidemiyaga qarshi tadbirlarning bajarilishini nazorat qilishdan iborat. Shunga ko'ra, sanitar shifokorning deontologiyasi uning xulq-atvorining atrof-muhit buzilishining oldini olish, inson salomatligi va mehnat qobiliyatini saqlashni maksimal darajada ta'minlaydigan tamoyillarini ta'minlashi kerak.

Tadqiqot material va usullari. Gigiena fanining rivojlanishi yangi murakkab intizom - o'ziga xos farqlanish va integratsiya jarayonlari bilan atrof-muhit salomatligini shakllantirishga olib keldi. Atrof-muhit gigienasining **Maqsadi** - doimiy o'zgarib turadigan atrof-muhit sharoitida yashash sharoitlarini, turmush va dam olishni yaxshilash, aholi salomatligini muhofaza qilish va mustahkamlashning umumiy tamoyillari va yondashuvlarini ilmiy asoslash.

Tadqiqot natijalari. Aholi darajasida epidemiologik tadqiqotlar o'tkazishda aholining kasallanish darajasi to'g'risida olingan ma'lumotlar atrof-muhit omillarining salbiy ta'sirining ob'ektiv dalilidir. Bu gigienistning epidemiologik tadqiqotlar o'tkazishda o'z zimmasiga oladigan yuqori ijtimoiy mas'uliyatini tushuntiradi. Bunday hollarda sanitar shifokorning asosiy vazifasi ma'muriy organlarni atrof-muhitni yaxshilash bo'yicha tegishli choralarni ko'rishga majbur qilishdir.

Bu darslarda o'quvchilar mustaqil ravishda o'qituvchi rahbarligida so'rov bayonnomalari, mansabdor shaxsning ko'rsatmalari, ma'muriy choralarni belgilash va aybdorlarni qonuniy javobgarlikka tortish tartibini ko'rsatgan holda ob'ektlarni ko'zdan kechiradilar, tezkor va istiqbolli profilaktik chora-tadbirlar rejasini ishlab chiqish.

Faoliyatning ushbu turi o'quvchilarning kommunikativ fazilatlarini shakllantirishga yordam beradi, chunki har bir darsdan oldin o'qituvchi ob'ektga tashrif buyurish paytida erishish kerak bo'lgan maqsadni, maqsadga erishish uchun vazifalarni shakllantiradi, kerakli ob'ekt bo'yicha hujjatlar va materiallarni taqdim etadi. tahlil qilish uchun, shuningdek instrumental tadqiqot davomida olingan ma'lumotlar. Ushbu ish shakli katta tashkiliy sa'y-harakatlarni talab qiladi, ammo uni amalga oshirish talabalarga bebaho tajriba orttirish imkonini beradi va hatto bakalavriat darajasida ham haqiqiy amaliy ko'nikmalar bazasini shakllantirishga imkon beradi.

Gigienistlarni tayyorlashda kafedra maxsus modellashtirish bilan ishbilarmonlik o'yinlaridan foydalanish tajribasiga ega, shu jumladan- bosh shifokor, uning o'rinbosari, bo'lim boshliqlari, shifokorlar va mutaxassislar faoliyatida yuzaga keladigan konfliktli ishlab chiqarish holatlari. Ishbilarmonlik o'yinlaridan foydalanish o'quv jarayonining samaradorligini oshiradi, uni yosh mutaxassisning amaliy faoliyati haqiqatiga yaqinlashtiradi. O'quv rejasini bilan o'quv materialining bir qismi talabalarning mustaqil o'qishi uchun qoldiriladi. Kafedrada talabalarning mustaqil ishi ko'p qirrali.

Fan olimpiadalarini o'tkazish bo'lajak mutaxassislarning kasbiy tayyorgarlik darajasini oshirishga xizmat qilmoqda. Kafedra xodimlari tomonidan tibbiyot profilaktika fakulteti talabalari uchun "Tibbiy-profilaktika muammolari va istiqbollari" olimpiadalari olib boriladi.



Xulosa. Shunday qilib, profil gigiyena fanlari kafedrasini, mutaxassislarni tayyorlash sifatini oshirish **Maqsadida** an'anaviy isbotlangan ish shakllaridan hamda majburiy va fakultativ darslarni o'tkazishda yangi yondashuvlardan foydalanadi.

PARAZITAR KASSALIKLAR VA ULARNI DAVOLASHDA QO'LLANILADIGAN DORI VOSITALAR

Mo'minboyev.D.J, Baxramova.B.Z
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Mavzuning Dolzarbligi: Biz bu o'tkazayotgan tadqiqotimizda parazitlar kasalliklarining kelib chiqishi, yuqish yo'llari, gigiyena choralarini va parazitlarni kasalliklarni davolashda qo'llaniladigan dori preparatlari haqida batafsil tanishib o'tamiz.

Tadqiqot Maqsadi: Hozirgi kunda keng tarqalgan ko'pchilik parazitlar kasalliklar haqida ma'lumot berish va aholimizni parazitlar kasalliklarini oldini olish profilaktikasi bilan tanishtirib o'tish.

Tadqiqot material va usullari: Parazitlar kasalliklari xo'jayin organizmda yoki uning ichida yashaydigan va yashashi uchun unga bog'liq bo'lgan organizmlar tomonidan qo'zg'atiladi. Ushbu kasalliklar, ayniqsa, rivojlanayotgan mamlakatlarda inson salomatligiga katta ta'sir ko'rsatadi. Parazitlar turli yo'llar bilan, masalan, ifloslangan oziq-ovqat yoki suvni iste'mol qilganda, kasal hayvonlarni silaganda yoki kasallangan odamdan odamga iflos qo'llar orqali yuqishi mumkin. Parazitlar kasalliklarining bir nechta turlari mavjud, ularni ikki toifaga bo'lish mumkin: protozoan infeksiyalari va gelmint infeksiyalari. Protozoan infeksiyalari bir hujayrali organizmlar tomonidan qo'zg'atiladi va bezgak, leishmanioz va tripanosomiaz kabi kasalliklarni o'z ichiga oladi. Gelmint infeksiyalari parazit qurtlar tomonidan qo'zg'atiladi va shistosomiaz, filariiaz va tasmasimon infeksiyalar kabi kasalliklarni o'z ichiga oladi.

Parazitlar kasalliklari inson salomatligiga, ayniqsa rivojlanayotgan mamlakatlarda katta ta'sir ko'rsatadi. Masalan, bezgak har yili 400 000 dan ortiq o'limga sabab bo'ladi, birinchi navbatda Afrikaning Sahroi Kabirida. Gelmint infeksiyalari ham keng tarqalgan bo'lib, butun dunyo bo'ylab bir milliarddan ortiq odamga ta'sir qiladi. Ushbu infeksiyalar qorin og'rig'i, diareya, anemiya va to'yib ovqatlanmaslik kabi bir qator alomatlariga olib kelishi mumkin. Masalan: askarida bilan zararlangan odamlarda bakteriyali dizenteriya juda og'ir o'tadi va qiyin davolanadi. Yoki aksincha askaridoz, ankilostomidoz bilan og'ir kasallarda lyamblioz bilan kasallanish, gelmintlar bilan zararlanmaganlarga qaraganda 2-4 marta kamroq uchraydi. Turli gelmintlar bilan zararlangan odamlarda tuberkulyoz, Botkin kasalligi (sariq), qorin tifi va boshqa infeksiyon kasalliklar juda og'ir o'tadi. Inson salomatligiga bevosita ta'sir qilishdan tashqari, parazitlar kasalliklari ham sezilarli iqtisodiy ta'sir ko'rsatishi va sog'liqni saqlash xarajatlarini oshiradi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Tadqiqot natijalari: Antiparazitar preparatlar parazitlar kasalliklarini davolash uchun ishlatiladi va ularning tarqalishini nazorat qilishda muhim vositadir. Ushbu dorilar parazitlarni to'g'ridan-to'g'ri o'ldirish yoki ularning ko'payishini oldini olish orqali ishlaydi.

Hozirgi kunda tibbiyot amalyotida qo'llaniladigan dori vositalari:

ALBENDAZOL tabletkalari

REMOV LOSON siropi

SEKDAZA tabletkalari

GELMINTOKS

BENZILBENZOAT maz

DEKARIS tabletkalari

MEBENDAZOL tabletkalari

FENASAL tabletkalari kabi ko'plab dori vositalar o'llaniladi.

Xulosa: **Xulosa** qilib aytganda parazitlar kasalliklar, ayniqsa, rivojlanayotgan mamlakatlarda inson salomatligi uchun katta muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Antiparazitik preparatlar ushbu kasalliklarning tarqalishini nazorat qilishda muhim vosita hisoblanadi. Biroq, ushbu dori-darmonlarga muhtoj bo'lganlar uchun, ayniqsa sog'liqni saqlash resurslari cheklangan hududlarda foydalanish imkoniyatini ta'minlashda qiyinchiliklar hozirgi kunda ham mavjud hisoblanadi. Parazitlar infeksiyalardan himoya qilishda to'g'ri gigiena amaliyoti muhim ahamiyatga ega. Yuqorida aytib o'tilgan gigiena qoidalari parazitlar infeksiyalar xavfini va natijada sog'liq uchun asoratlarni sezilarli darajada kamaytirishi mumkin. Salomatlikni saqlash va parazitlarning tarqalishini kamaytirish uchun odamlar ushbu gigiena qoidalariga doimiy ravishda amal qilishlari muhimdir. Ushbu gigiena qoidalariga rioya qilish orqali odamlar zararli parazitlarning tarqalishini oldini olishga yordam beradi va sog'lom va xavfsiz yashash muhitini ta'minlaydi.

Biz bundan tashqari bu kasalliklarni tushunishimizni yaxshilash va samaraliroq davolash usullarini ishlab chiqish uchun qo'shimcha tadqiqotlarni joriy etishimiz kerak.

TIBBIY PROFILAKTIKA FANLARINI O'QITISHDA INNOVATSION TEXNOLOGIYALARNI QO'LLASH. SUV HAYOT MANBAI MAVZUSI MISOLIDA.

Naimova Zaynab

Samarqand davlat tibbiyot universiteti.

Mavzuning Dolzarbligi: Umumiy amaliyot shifokorlarini tayyorlash jarayonida interfaol metodlar, innovatsion texnologiyalar, pedagogik va axborot texnologiyalarini o'quv jarayonida ko'llash dolzarb ahamiyatga ega. Zamonaviy innovatsion ta'lim texnologiyalar ularni egallayotgan bilimlarini o'zlari qidirib topishlariga, mustaqil o'rganib, tahlil qilishlariga, hatto **Xulosalarni** ham o'zlari keltirib chiqarishlariga o'rgatadi. "Suv hayot manbai" mavzusi suvning



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



gigienik, endemik, epidemiologik ahamiyati, ichimlik suvi ta'minotini tashkillashtirish, infeksiyon va noinfeksiyon kasalliklar profilaktikasida suv sifatini yaxshilash usullari, ekologik muammolar to'g'risida bilimlarni, hamda to'liq tasavvurni shakllantirishda dolzarb hisoblanadi. Umumiy amaliyot vrachlari infeksiyon va noinfeksiyon kasalliklar profilaktikasida Davlat standarti O'z.GST 950 – 2011 ning ahamiyati haqida ma'lumot olishi, profilaktik chora –tadbirlarni o'tkazishni bilishlari shart. Shuning uchun zamonaviy innovatsion ta'lim texnologiyalarini o'qitishda qo'llash dolzarbdir.

Tadqiqot Maqsadi: Umumiy amaliyot shifokorlarni o'qitishda innovatsion ta'lim texnologiyalarini qo'llash orqali tashqi muhit - ekologik sistemada suvning o'rni, yukumli, noinfeksiyon kasalliklar profilaktikasida ahamiyati, suv ob'ektlarini sanitar himoyalash va ekologik muammolar to'g'risida bilimlarni hamda to'liq tasavvurni shakllantirish bo'yicha bilim sifatini oshirish. Nazariy va amaliy mashg'ulotlarni rejalashtirish texnologiyalari bo'yicha bilim, ko'nikma va malakalarini takomillashtirish.

Materiallar va tadqiqot usullari: «Ta'lim to'g'risida»gi Qonun va «Kadrlar tayyorlash Milliy dasturi» g'oyalari amaliyotga tatbiq etish Respublika ta'lim tizimida olib borilayotgan islohotlar muvaffaqiyatini ta'minlash, ta'lim muassasalarida faoliyat olib borayotgan o'qituvchilarning ma'naviy qiyofasi hamda kasbiy mahoratlariga bog'liqdir. Ta'limning samaradorligini oshirish, shaxsning ta'lim markazida bo'lishini va yoshlarning mustaqil bilim olishlarini ta'minlash uchun ta'lim muassasalariga yaxshi tayyorgarlik ko'rgan va o'z sohasidagi bilimlarni mustahkam egallashdan tashqari zamonaviy innovatsion pedagogik texnologiyalarni va interfaol usullarni biladigan, ulardan o'quv va tarbiyaviy mashg'ulotlarni tashkil etishda foydalanish qoidalarini biladigan o'qituvchilar kerak. Buning uchun barcha fan o'qituvchilarini zamonaviy pedagogik texnologiyalar va interfaol usullar bilan qurollantirish va olgan bilimlarini o'quv-tarbiyaviy mashg'ulotlarda qo'llash malakalarini uzluksiz oshirib borishlari lozim. Bugungi kunda ta'lim sohasida fan va texnikaning so'nggi yutuqlari asosida ishlab chiqilgan audiovideo, telekommunikatsiya va informatsion texnika va texnologiyalarning qo'llanilishi katta ahamiyat kasb etmoqda (Isrofilova O.I., 2014). Hozirgi vaqtda ta'lim jarayonida o'qitishning innovatsion texnologiyalari keng qo'llanilmoqda. O'qitishning innovatsion texnologiyalarini qo'llash o'qitish jarayonida yuqori samaradorlikka erishishga olib keladi. Ta'lim metodlarini tanlashda har bir darsning didaktik vazifasidan kelib chiqib tanlash maqsadga muvofiq sanaladi. Tadqiqot natijalar va mulohazalar: Zamonaviy pedagogik texnologiyalarni qo'llashda "Ilg'or xorijiy tajribalar"dan foydalanish xam juda samarali bo'lib, bunda Yaponiya, Finlandiya, Janubiy Koreya mamlakatlaridagi o'qitish tizimlaridan xam ta'lim sohasidagi yangiliklardan foydalanish juda yaxshi samara beryapti. (Anvarov J. A. , 2019). YuNESKO, pedagogik texnologiyalarda yuqori natijalarga erishish uchun ta'limjaraenini rejalashtirish, qo'llash, bilimlarni o'zlashtirish va baholashda inson faktori va texnik resurslar o'zaro ta'siridan keng foydalanishni taklif qiladi. Biz ta'lim samaradorligini oshiruvchi omillarni to'xtovsiz tahlil qilish, mutaxassislarning uzluksiz malakasini oshirish hamda qo'yiladigan uslublarning nechog'lik mosligiga to'g'ri baho berish tamoyillarni belgilashimiz va ta'limning olinishi zarur bo'lgan natijasini ifodalay olishimizga ko'rsatadigan yo'l hisoblanadi. Mana shu tamoyillarga tayanib ta'lim jarayoni samarali bo'lishini



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ta'minlaydigan texnologiya yangi innovatsion ta'lim texnologiyalari va noan'anaviy ta'lim hisoblanadi va ilmiy bilishga doir g'oyalar, nazariyalar, qonuniyatlarni amaliyotga tatbiq etishdek muhim vazifani bajaradi. An'anaviy dars shaklni saqlab qolgan holda, unga turli – tuman ta'lim oluvchilar faoliyatini faollashtiradigan metodlar bilan boyitish ta'lim oluvchilarning o'zlashtirish darajasining ko'tarilishiga olib keladi. Buning uchun dars jarayoni oqilona tashkil qilinishi, ta'lim beruvchi tomonidan ta'lim oluvchilarning qiziqishini orttirib, ularning ta'lim jarayonida faolligi muttasil rag'batlantirilib turilishi, o'quv materialini kichik – kichik bo'laklarga bo'lib, ularning mazmunini ochishdan “Blits so'rov”, kichik guruhlarda ishlash, bahs-munozara, muammoli vaziyat, yo'naltiruvchi matn, loyihalash usuli, rolli o'yinlar, “SWOT tahlili” usuli, T-sxema, Keys texnologiyalari kabi metodlarni qo'llash va ta'lim oluvchilarni amaliy mashqlarni mustaqil bajarishga undash talab etiladi. Bu metodlarni interfaol yoki interaktiv metodlar deb ham atashadi. Interfaol metodlar deganda ta'lim oluvchilarni faollashtiruvchi va mustaqil fikrlashga undovchi, ta'lim jarayonining markazida ta'lim oluvchi bo'lgan metodlar tushuniladi. Bu metodlar qo'llanilganda ta'lim beruvchi ta'lim oluvchini faol ishtirok etishga chorlay-di .

Xulosa: Samarqand Tibbiyot Universiteti umumiy gigiena va ekologiya kafedrasida xodimlari umumiy amaliyot vrachlarini tayyorlashda Gigiena va ekologiya fanini studentlarni o'qitish jarayonida innovatsion pedagogik texnologiyalari keng qo'llab kelinmoqda. Uslubni tanlash mashg'ulot mavzusidan kelib chiqib, studentlarni yanada faollashtirishga yo'naltirilgan. Gigiena va ekologiya fanida samarali qo'llanilib kelinayotgan “Blits so'rov”, “T-sxema”, “Tushunchalar tahlili”, “Rolli o'yinlar”, “SWOT tahlili” usuli, “Klaster”, Keys texnologiyasi va boshqa usullar shular jumlasiga kiradi. Bu usullar studentlar va pedagog uchun qiziqarli va o'zaro muloqotga tez **Kirishishni** ta'minlaydi, barcha studentlar ham birday bu jarayonlarda faol ishtirok etadi. Ta'lim oluvchi butun jarayon davomida ishtirok etadi.

SANOAT KORXONALARIGA YAQIN HUDUDLARIDA YASHOVCHI BOLALAR VA O'SMIRLAR JISMONIY RIVOJLANISHI

Naimova Zaynab
Samarqand davlat tibbiyot universiteti.

Mavzuning Dolzarbligi: Ilmiy-texnika taraqqiyoti va urbanizatsiya jarayonini sanoat va inson faoliyatining tez sur'atlar bilan o'sishi natijasida yuzaga keladigan atrof-muhitning ifloslanishidan ajratib bo'lmaydi. Bu bizning davrimizning jadal tendensiyalaridan biridir. Kimyo sanoatining rivojlanishi havo, suv, tuproq, o'simliklar- ekotizimlarning ifloslanishining doimiy o'sishi bilan birga o'sib bormoqda. Ekotizimlarda (suv, tuproq, atmosfera havosi) kelib chiqarilgan va o'zgargan ekotoksik moddalar tirik organizmlar bilan o'zaro ta'sir qiladi. Kimyoviy moddalar - Ochiq atmosferada sanoat chiqindilarida topilgan ekotoksik moddalar past konsentratsiyalarda ham zaharli va allergen hisoblanadi. So'nggi yillarda mineral



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



o'g'itlar ishlab chiqarish hajmi sezilarli darajada oshdi, umumiy hajmi yiliga 148 million tonnadan ortdi. Kontaminatsiyalangan hududda ammfos changi, ftorosulfat gazlari, ammiak va sulfat kislota bug'larini o'rganish natijasida bu moddalar zavoddan 10 km uzoqroqda havoda borligini ko'rsatdi.

Tadqiqot **Maqsadi:** Havoni ammfos chiqindisi bilan ifloslantiruvchi kimyo zavodiga yaqin hududlarida yashovchi bolalar va o'smirlarning jismoniy rivojlanishi-antropometrik ko'rsatkichlarini qiyosiy o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari: Tadqiqot kimyo sanoati rivojlangan yirik sanoat shahri Samarqandda olib borildi. Kimyoviy mineral o'g'itlar zavodidan turli masofalarda joylashgan 2 ta tumandagi sog'lom, uyushgan bolalar va o'smirlar jamoasini kuzatish asosida tadqiqotlar olib borildi. Birinchi asosiy guruh – sanoat hududining sanitariya hududidan 3 km masofa ichida yashovchi bolalar va o'smirlar; ikkinchi-nazorat guruh - shaharning ma'muriy qismida bo'lib, ushbu korxonadan 25-30 km uzoqlikda yashovchi bolalar va o'smirlar o'rganildi. Bolalarning sog'lig'ini tekshirish bolalar va o'smirlar gigiena instituti va sog'liqni saqlash boshqarmasi tomonidan tavsiya etilgan uslubiy tavsiyaga muvofiq amalga oshirildi. Tibbiy ko'rik tibbiy brigada shifokorlari va SamDTU 6- kurs talabalari tomonidan o'tkazildi. Bunda, 1466 nafar bolalar va o'smirlarning sog'lig'i holati o'rganildi, ulardan 831 nafari nazorat hududida istiqomat qiladi. Bolalarning yoshi 3 yoshdan 16 yoshdagilarni tashkil etdi. Kuzatuvdagilarning jismoniy rivojlanish darajasini baholash uchun an'anaviy antropometriyadan foydalanildi.

Tadqiqot natijalar va mulohazalar: Nazorat hududidagi bolalar sanoat hududidagi tengdoshlariga qaraganda o'rtacha 0,92-4,44 sm uzunroq edi. Tana vazni va bo'y balandligi bo'yicha ham xuddi shunday manzara kuzatildildi. Boshlang'ich maktab o'quvchilari bo'lgan 7 yoshdan 9 yoshgacha bo'lgan bolalar va o'smirlarning bo'y balandligi statistik jihatdan sezilarli farqlar kuzatiladi. SHu bilan birga, ularning bo'yi farqi 2,2-3,3 sm bo'lib, 7 yoshga kelib ular tengdoshlaridan 2,6 sm (0-6,1 sm) pastroq edi. Sanoat hududlarida 15 yoshli bolalarning tana vazni xuddi shu yoshdagi

nazorat hududlaridagi bolalarga qaraganda 3,4 kg ga kamligi aniqlandi. Boshqa yosh guruhlarida tana vaznining o'zgarishi 0,5 dan 1,6 kg gacha farq kuzatildi. Buni statistik jihatdan ishonchsiz deyish mumkin. Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, bola tanasining jismoniy rivojlanishi ko'p jihatdan atrof-muhit sifatiga bog'liq. SHu bilan birga, ontogenezning turli bosqichlarida uning ta'sir qilish xarakteri bir xil emasligidan

darak beradi. Ushbu faraz nazorat hududidagi maktab o'quvchilari orasida 14 yoshli o'spirinlarning jismoniy rivojlanishi "o'rtachadan past" va "past" darajada atigi 3,3% ni tashkil etgani va ko'pincha ifloslangan hududda bo'lganligi haqidagi ma'lumotlar bilan tasdiqlanadi. 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda jismoniy rivojlanishda 22,4% va 8,9% nisbatdagi statistik jihatdan sezilarli farqlar kuzatiladi; 7-9 yosh va 13-15 yosh. SHu sababli, yuqoridagi yosh guruhlaridagi bolalarning jismoniy rivojlanishi batafsil o'rganildi. Sanoat hududida ko'rikdan o'tkazilgan bolalarning o'rtacha 79,3% da va nazorat guruhida 88,1% da jismoniy rivojlanish normal edi. SHu bilan birga, sanoat hududida vazn farqi 10,5%, ortiqcha vazn - 7,0%, jismoniy rivojlanishdagi umumiy kechikish -3,2%, nazorat hududida tegishli ko'rsatkichlar - 5,8%; 4,7%; SHuningdek,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



sanoat hududida normal jismoniy rivojlanishga ega bo'lgan bolalar soni yoshga qarab EN kamayib borishi (asosan, vaznning kamayishi) qayd etildi. Ko'rinishidan, bu atmosfera havosining surunkali toksik ta'siriga bog'liq, ayniqsa o'smirlik davrida sezilarli. 13-15 yoshdagi bolalarda normal jismoniy rivojlanish 73,5-75,1% oralig'ida bo'lsa, nazorat mintaqasida bu ko'rsatkich 82,1-91,1% ni tashkil qiladi.

Xulosa: Atmosfera havosining antropogen ifloslanishining ta'siri, ayniqsa, bolalar va o'smirlar organizmining kimyoviy omillar ta'siriga sezuvchanligi kuchaygan davrda salomatlikning yomonlashishiga olib keladi. Atmosfera havosining ifloslanishining bolalar salomatligiga kimyoviy ishlab chiqarish chiqindilarining ta'siri nafaqat turli xil tabiiy, iqlim va ijtimoiy xususiyatlar, balki kimyoviy moddalarning xilma-xilligi tufayli ham mintaqaga xosdir. Natijalar sanoat hududidagi maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarning salomatlik holati, jismoniy rivojlanishi nazorat hududidagi bolalarnikidan past ekanligini ko'rsatdi.

PUFAK DRIFTINI DAVOLASH USULLARINING SAMARADORLIGINI QIYOSIY TAHLIL QILISH

Nasirov F.J.

Akusherlik va ginekologiya kafedrası №1

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarlilik. Pemfigus Drift (PZ) klinik amaliyotda eng ko'p uchraydigan trofoblastik o'sma bo'lib, patologik urug'lantirish natijasidir.

So'nggi yillarda PZNI trofoblastik o'smalarning 0 bosqichi sifatida tasniflashning maqsadga muvofiqligi va qon zardobidagi chorionik gonadotropin (CG) darajasini aniqlash bilan bir qatorda PZ agressivligining klinik prognostik omillarini ajratish faol muhokama qilinmoqda

Tadqiqotning Maqsadi. O'tkir kuretaj va qo'lda vakuum aspiratsiyasini o'z ichiga olgan pufakchani davolash usullarining qiyosiy tavsifini o'tkazing.

Materiallar va tadqiqot usullari. 2022-2023 yillarda pufakchali driftning klinik kursining xususiyatlarini baholash uchun biz turli xil pufakchali Drift shakllari bo'lgan 83 bemorni tekshirdik.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqotning morfologik ma'lumotlariga qarab biz quyidagi shakllarni ajratdik: oddiy pufakchali Drift-76 bemor (67,2 %), ko'payadigan pufakchali Drift — 30 bemor (26,6 %), invaziv pufakchali Drift — 7 bemor (6,2 %).

Ayollarning yoshi 21 yoshdan 43 yoshgacha (o'rtacha $31,0 \pm 0,6$ yosh). Oddiy pufakchali Drift guruhida 21-40 yoshdagi ayollar ($p < 0,001$) va 31-40 yoshdagi ($p < 0,05$) ko'payadigan pufakchali Drift bilan kasallangan ayollar guruhida invaziv pufakchali Drift guruhiga nisbatan ishonchli ustunlik qildi. Ya'ni, xavf omilini baholash shuni ko'rsatdiki, 30 yoshdan oshgan ayollarda siydik pufagini rivojlanish xavfi yuqori (sezuvchanlik — 93,6%, o'ziga xoslik — 94,2 %). Shunday qilib, 30 yoshdan oshgan ayollarda oddiy kist driftini rivojlanish xavfi ortadi.



Tekshirilgan ayollarning reproduktiv tarixini o'rganishda birinchi homilador ayollar 13 (24,8%), takroriy homilador ayollar 42 (75,2%) ekanligi aniqlandi. Oddiy va ko'payadigan pufakchali Drift guruhlarida invaziv pufakchali Drift guruhiga nisbatan ($p < 0,01$) ko'p urug'lilar ishonchli ustunlik qildi.

Menstrüel Drift bilan og'rigan ayollarda hayz ko'rish funksiyasini o'rganayotganda, retrospektiv tadqiqot pufakchali driftning paydo bo'lish chastotasi va shakli menarxning boshlanish vaqtiga bog'liqligini aniqladi. Shunday qilib, keyinchalik menarx (60 %) prognostik jihatdan noqulay belgidir, chunki bunday ayollarda siydik pufagining ko'payishi va invaziv shakllari tez-tez rivojlanadi. Bemorlarning 9,3 foizida hayz davrining buzilishi, ayollarning 55,7 foizida ginekologik kasalliklar tarixi bo'lgan: bachadon va qo'shimchalarning yallig'lanish kasalliklari — 42,9%, bachadon bo'yni eroziyasi — 12,8%.

Kasalxonaga yotqizilganida asosiy shikoyatlar genital traktidan qon ketish (72,3 %), qorinning pastki qismida og'riq (7,6%) va bemorlarning 20,1 foizida birlashtirilgan shikoyatlar bo'lgan.

Kasalxonada retrospektiv guruhning barcha bemorlariga jarrohlik kuretaji o'tkazildi. Kuretaj tarkibi gistologik tekshiruvdan o'tkazildi va tashxis tekshirildi-vesikulyar Drift.

Xulosa. Olingan kimyoterapiyadan so'ng ayollarga kontratseptsiya tavsiya etiladi. Bizning kuzatishimizda ayollar og'iz kontratseptivlarini qo'lladilar, chunki hCG normallashgunga qadar vesikulyar driftni evakuatsiya qilgandan keyin estrodiol og'iz kontratseptivlarini (Coc) qo'llash xavfsizdir, chunki Coc ta'siri nafaqat gonadotropinni chiqaradigan gormonlar, gonadotropik va tuxumdon gormonlarining sekretsiasini inhibe qilish, ovulyatsiyani vaqtincha bostirish, balki Endometriyal proliferatsiyani va miyometriumning mitotik faolligini bostirishdan iborat. Shunday qilib, homiladorlikning birinchi trimestridagi barcha homilador ayollar erta tashxis qo'yish uchun keng qamrovli dinamik kuzatuvga muhtoj, bu esa homiladorlik jarayonining asoratlarini o'z vaqtida aniqlashga imkon beradi, bu esa o'z navbatida samarali davolanishning kalitidir.

GIPOTIROZ KASALLIGIDA KOGNITIV FUNKSIYALAR YETISHMOVCHILIGI RIVOJLANISHINING O'ZIGA XOSLIGI

Nazarova G.T., Vaxobov S.G.
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti
Nevrologiya kafedrası

Mavzu **Dolzarbligi:** Hozirgi kunda gipotireoz qalqonsimon bezning eng ko'p tarqalgan funksional buzilish kasalligi hisoblanadi. Gipotireoz kasalligini **Dolzarbligi** shundaki tireoid gormonlar yetishmovchiligi natijasida hamma organ va sistemalarda yetishmovchiliklar kelib chiqadi. Bu gipotireozning bemor ruhiy va nevrologik statusini o'zgarishiga bevosita bog'liqligini anglatadi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Tadqiqot **Maqsadi:** Ruhiy holatni baholashning qisqacha shkalasi (Mini Mental State Examination) yordamida birlamchi (tireogen) gipotireoz tashxisi qo'yilgan bemorlarda kognitiv funksiyalar yetishmovchiligini aniqlash va o'ziga xosligini baholash.

Tekshirish materiallari va usullari: 2 oy davomida 30 nafar (100%) 40-55 yosh oralig'idagi autoimmun tireoidit (AIT) fonida rivojlangan birlamchi (tireogen) gipotireoz birinchi marta aniqlangan bemorlarda izlanish olib borildi. Ular orasida 24 nafari ayollar (80 %) 6 nafari erkaklar (20 %). Endokrinologik tashxis kasallik klinik belgilari, qalqonsimon bez UTT si va qon tahlillari (TTG) ga asosan qo'yildi. Gipotireoz kasalligi og'irlik darajasi bo'yicha quyidagicha tasniflanadi: subklinik (yengil kechishi) – klinik simptomatika yo'q, TTG va T4 normada; Manifest (o'rtacha og'irlik) – klinik simptomatika yo'q, TTG va T4 miqdori pasaygan; Asoratlangan (og'ir kechishi) - poliserozit, yurak yetishmovchiligi, kretinizm, miksedomatoz koma, TTG va erkin T4 miqdori kamaygan. Mutaxassis endokrinolog tekshiruvdan so'ng manifest va asoratlangan gipotireoz bilan xastalangan bemorlar tekshiruv guruxiga kiritildi.

Barcha bemorlarni tekshirishda kognitiv buzilishlarni aniqlashda quyidagi tekshiruvlardan foydalanildi: klinik-nevrologik, ruhiy holatni baholashning qisqacha shkalasi (Mini Mental State Examination). MMSE qisqa so'rovnomasi 30 ta banddan iborat bo'lib, o'rtacha 10 daqiqa vaqt ichida bemorning dastlabki kognitiv funksiyalar yetishmovchiligini aniqlashga yordam beradi. So'rovnoma natijalarini baholash quyidagicha: 29-30 ball – kognitiv buzilishlar aniqlanmadi; 28 ball – yengil kognitiv yetishmovchiliklar; 25-27 ball – namoyon bo'lgan kognitiv buzilishlar; 20-24 ball – yengil demensiya; 10-19 ball – namoyon bo'lgan demensiya; <10 ball – og'ir demensiya.

Tekshiruv natijalari: Tekshiruvlar yakuniga ko'ra barcha bemorlarda turli xil darajada kognitiv buzilishlar aniqlandi. 30 nafar bemordan 12 nafarida (40%) yengil kognitiv buzilishlar, 15 nafarida (50%) yaqqol kognitiv buzilishlar, 3 nafarida (10%) yengil demensiya holati aniqlandi. MMSE shkalasi bo'yicha yengil kognitiv buzilishi bor bemorlar 28 ballga (40%), yaqqol kognitiv buzilishlari bor bemorlar 25-27 ballga (50%), yengil demensiya holati aniqlangan bemorlar 20-24 ballga (10%) baholandi.

Xulosalar: Tekshiruv natijalariga ko'ra barcha bemorlarda turli darajadagi kognitiv yetishmovchiliklar aniqlandi. Gipotireoz kasalligi manifest (o'rtacha og'irlik) dagi bemorlarda yengil kognitiv yetishmovchiliklar (27 ball) aniqlandi. Kasallik asoratlangan (og'ir kechishi) bosqichida namoyon bo'lgan kognitiv buzilishlar (25 ball) aniqlandi. Kasallikka qancha erta tashxis qo'yilsa va adekvat davo to'g'ri olib borilsa shunchalik kognitiv yetishmovchiliklar erta bartaraf etilishiga erishiladi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



YUMSHOQ KONTAKT LINZA KIYGANDA SHOX PARDANI YIRINGLI YARALARNI DAVOLASH TAJRIBASI

Kaharova D.M, Xoshimova D.X, Madaminxo'jayeva D.Q
Andijon davlat tibbiyot instituti.

Mavzuning Dolzarbligi. yiringli shox pardaning yarasi - ko'zning jiddiy kasalligi, bu doimiy ko'rish qobiliyatining pasayishi va o'ta og'ir holatlarda organ sifatida ko'zning yo'qolishi bilan namoyon bo'ladi. Yumshoq kontakt linzalari kiyish fonida u ko'proq tajovuzkor ravishda davom etadi.

Tadqiqot Maqsadi. Yumshoq kontakt linzalari kiyish fonida shox pardaning yiringli yarasi davolash natijalarini tahlil qilish.

Tadqiqot materiallar va usullari: Kuzatuvda 11 bemor (11 ko'z) Yumshoq kontakt linza fonida yiringli shox pardaning yarasi tashxisi qo'yilgan. Bemorlar antibakterial davolanish fonida o'rtacha hisobda kasallik boshlanganidan 7-kuni (20-kunda 3 ta holatda) qabul qilindi. Visometriya, biomikroskopiya, oftalmoskopiya va shox pardaning bakteriologik tekshiruvini o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Biz ikkita bemorda barqaror remissiyaga erishdik (ular oqsoqlangan, tobradeksli, phloximed). 9 kishida kuchli konservativ davolash fonida kasallik qisqa muddatli remissiya bilan doimiy ravishda takrorlanib turadigan kursga ega edi. Keyinchalik alevlenmeler yanada og'irlashdi, ko'p asoratlar bilan: shox pardaning teshilishi, ikkilamchi gipertenziya, murakkab katarakt; 2 ta bemorda - linzalarning lizisi va ko'zning membranalari prolapsasi bilan. Konservativ davolashning samarasizligi sababli to'qqizta bemorga keratoplastika operatsiyasi buyurildi. 2 bemorda kataraktni ekstraktsiya qilish qo'shimcha ravishda amalga oshirildi. Uzoq muddatli davrda 7 bemorda ko'rish qobiliyati 0,3-0,4 ga etdi. 2-da ko'zni ochish operatsiyasi o'tkazildi.

Xulosa: Davomiy ravishda takrorlanadigan kurs va keyingi og'ir asoratlar yumshoq kontaktli linzalarni kiyganda shox pardaning yiringli yarasi bo'lgan bemorlarni davolash uchun maxsus taktikalarni ishlab chiqishni talab qiladi. Aksariyat bemorlarga keratoplastika operatsiyasi buyurilgan.

ENDOMETRIYNING GIPERPLASTIK JARAYONLARI: KLINIK-MORFOLOGIK JIHLARI, PROGNOZIK ME'ZONLARI

Nazirova Z.M.
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarbligi. So'nggi yigirma yil ichida, dunyoning aksariyat mamlakatlarida bo'lgani kabi, dunyoda ham gormonga bog'liq o'smalarning ko'payish tendentsiyasi kuzatildi va bu birinchi



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



navbatda giperplastik jarayonlar va endometriy saratoniga (ES) tegishli. Endometriyal giperplastik jarayonlar (EGJ), prekanser holatlar va endometriy saraton ko'pincha reproduktiv va perimenopozal yoshdagi ayollarning ijtimoiy faol guruhida uchraydi.

Tadqiqot Maqsadi. Zamonaviy tibbiyot texnologiyalaridan foydalangan holda ushbu patologiya bo'yicha diagnostika, davolash va davolash natijalarini bashorat qilish algoritmini ishlab chiqish asosida giperplastik jarayonlar va endometrium saratoni bilan kasallangan ayollarni boshqarish taktikasini optimallashtirish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu maqsad va vazifalarga erishish uchun istiqbolli tadqiqot o'tkazildi, u 2022 yildan 2023 yilgacha ginekologik bo'limlarda stasionar davolangan 149 bemorni qamrab oldi.

Tadqiqot natijalari. Glandular giperplaziyadagi Endometriyal giperplastik jarayonlarning asosiy klinik ko'rinishlari asiklik nuqta (41,9%), poliplar bilan - peri - va postmenopozal ayollarda qon ketish (43,3%), atipik giperplaziya bilan - hayz oralig'idagi nuqta (36,9%). Endometriumning giperplastik jarayonlarini rivojlanishining eng muhim xavf omillari quyidagilardir: 42 yoshdan katta, ginekologik kasalliklar (bachadon miomasi - 26,7%, yallig'lanish jarayonlari - 14,3%, hayz ko'rish buzilishi - 10,5%, bepushtlik - 7, 6%), birgalikda ekstragenital kasalliklar (semirish - 30,5%, gipertoniya - 10,5% va qandli diabet - 7,6%).

Endometriy saratoniga chalingan bemorlarda oldingi gipofiz bezi (g), periferik endokrin bezlar - tuxumdonlar (E2, PG) va qalqonsimon bez (T4) gormonlari darajasida sezilarli farqlar qayd etilgan. Saraton va atipik Endometriyal giperplaziya bilan og'rigan bemorlarda gipofiz-tuxumdon tizimidagi ma'lum tartibga soluvchi munosabatlar jinsiy gormonlar gipofiz bezining sekretor faoliyatiga to'sqinlik qiluvchi ta'siri shaklida qoladi. Endometrium saratoniga chalingan bemorlarda qon zardobida estrogenlarning yuqori nisbiy va mutlaq ustunligi endometriyadagi patologik o'zgarishlar bilan o'zaro bog'liq.

Endometriy giperplaziya va endometrium saratoni bilan og'rigan bemorlarni tashxislash va davolash algoritmi, reproduktiv yoshdagi 70,5%, perimenopozda, homiladorlikning 8-10 xaftaligiga qadar endometriumning bezli giperplaziyasi va bachadon kattaligi uchun gormon terapiyasining yuqori samaradorligini ko'rsatdi - 68,2% da, shuningdek endometriyni rezektsiya qilish (ablasiya) - 90,6% da; reproduktiv va perimenopozal yoshdagi endometrium poliplari va homiladorlikning 8-10 xaftaligiga qadar bo'lgan bachadonning gormon terapiyasi - 80,0%, postmenopozal ayollarda histeroskopik polipektomiya - 85,7%; reproduktiv va perimenopozal yoshdagi atipik endometriy giperplaziya va homiladorlikning 8-10 xaftaligiga qadar bachadonning kattaligi uchun gormon terapiyasi - 70% - 90%.

Xulosa. Tadqiqot asosida endometriy giperplastik jarayonlari bo'lgan bemorlarni eng maqbul boshqarish bo'yicha tavsiyalar asoslandi va shakllantirildi. Gisteroskopiya paytida gormonal va jarrohlik aralashuvga oid ko'rsatmalar ayollarning reproduktiv salomatligini saqlash imkoniyati bilan Endometriyal giperplastik jarayonlarni davolashning differentsial echimiga yordam beradi.

Giperplastik Endometriyal jarayonlari bo'lgan bemorlarni tekshiruviga gipofiz, tuxumdonlar va qalqonsimon bez gormonlarini aniqlashni kiritish zarurligi ko'rsatilgan.



Ish natijalari endometriumning giperplastik jarayonlarini gormonal davolashda bemor organizmining metabolik xususiyatlarini hisobga olish maqsadga muvofiqligini isbotlaydi.

ENDOMETRIYNING GIPERPLASTIK JARAYONLARI: BEMORLARNI DAVOLASH VA OLDINI

Nazirova Z.M.

1 akusherlik va ginekologiya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute

Kirish. Zamonaviy ginekologik onkologiyaning dolzarb masalalaridan biri bu endometrium saratonidir (es). Bu rivojlangan mamlakatlarda ayol jinsiy organlarining eng keng tarqalgan xatarli o'smasi.

Turli manbalarga ko'ra, es kasalliklarining 25 dan 80 foizigacha endometriumdagi giperplastik o'zgarishlar fonida rivojlanadi, bu mahalliy adabiyotda "endometriumning giperplastik (proliferativ) jarayonlari" bilan birlashtirilgan. Endometriumning giperplastik jarayonlariga endometriy giperplaziyasi va poliplar kiradi. Endometriy giperplaziyasi tashxisidan xavfli saraton jarayoni tashxisigacha bo'lgan davrning o'rtacha davomiyligi o'rtacha 6,7 yilni tashkil qiladi.

Tadqiqot **Maqsadi.** Endometriyning giperplastik jarayonlar muammosining hozirgi holatini o'rganishdan iborat.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu maqsad va vazifalarga erishish uchun istiqbolli tadqiqot o'tkazildi, u 2021 yildan 2023 yilgacha ginekologik bo'limlarda stasionar davolangan 149 bemorni qamrab oldi. Kasalxonada ayollarni kasalxonaga yotqizish ko'rsatkichlari quyidagilardan iborat: turli xil tabiatdagi bachadondan qon ketish (85,6%) va / yoki endometriumdagi patologik o'zgarishlarning exografik belgilarining mavjudligi (14,4%).

Tadqiqot natijalari. Giperplastik endometriy jarayonlarining har xil turlaridan aziyat chekadigan ayollarda reproduktiv tizim holatini baholashda avvalgi va qo'shma ginekologik kasalliklarning yuqori chastotasi aniqlanadi: bachadon miomasi - 42,7%, endometriozi - 37,2%, tuxumdon kistalari - 32,1%, yallig'lanish kasalliklari tos a'zolari -26%, shuningdek sut bezlarining xavfli kasalliklari - 48%.

Ekstragenital kasalliklar tarkibida ustunlik qiladi:

- gipertonik kasallik; AG bilan og'rigan ayollarda uni boshqa tadqiqot guruhlaridan - koronar arteriya kasalligi, angina pektoris, jigar kasalligi, surunkali xolesistit, oshqozon yarasi va qalqonsimon bez kasalliklaridan sezilarli darajada ajratib turadigan kasalliklar ko'p.

EGJ rivojlanishi, rivojlanishi va qaytalanishi uchun xavf omili va noqulay fon ginekologik va ekstragenital kasalliklarning yuqori chastotasi va natijada sog'liq ko'rsatkichining pastligi hisoblanadi.

Gormonal terapiya olgan bemorlarning 24 foizida va bunday terapiyani olmagan ayollarning 72,1 foizida EGJ ning qaytalanishi aniqlandi. EGJ ning qaytalanishi semirish, qandli diabet va



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



gipertoniya bilan kasallangan ayollarda kuzatiladi, bu esa bemorlarning ushbu kontingentida metabolik kasalliklarda Endometriyal giperplaziya xavfi yuqori ekanligini ko'rsatadi.

EGJ davolashning eng yuqori samaradorligi LNG-VMS "Mirena va rg LG agonistlaridan 100% hollarda, norsteroidlar va progesteronlardan hosil bo'lgan bemorlarda qo'llanilgan.

- 87,5% hollarda. Gormon terapiyasi giperplaziyani davolamaydi, faqat giyohvand moddalarni iste'mol qilish vaqtiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

A1A1 vr-sha geni uchun homozigotli bemorlarda perimenopozda hpe rivojlanishi xavfi mavjud. Perimenopozal davrdagi bemorlarda or-sha ning turli xil genotiplarining paydo bo'lish chastotasi, Endometriyal giperplastik jarayonlarning gistologik turiga qarab taqsimlangan, barcha tadqiqot guruhlarida farq qilmadi.

Or-sha allelining genotipda mavjudligi Endometriyal giperplaziya xavfini 10 baravar kamaytiradi. Tavsiya etilgan klinik, laboratoriya va genetik tadqiqotlar kompleksidan Endometriyal giperplastik jarayonlarning rivojlanishi uchun xavf guruhlarini aniqlash, shuningdek, ularning klinikadan oldingi diagnostikasi va davolash taktikasini aniqlash uchun foydalanish mumkin.

Xulosa. Umumiy klinik va genetik tadqiqotlar kompleksi endometriy giperplastik jarayonlarni tashxislash, prognoz qilish va davolash algoritmini ishlab chiqishga imkon berdi.

YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA VA YOSH BOLALARDA O'PKA VA MEDIASTINNING TUG'MA NUQSONLARINI TASHXISLASH VA DAVOLASH

Noraliyev I.

**Davolash fakulteti uchun pediatriya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute**

Dolzarblik. Homilador ayollarning antenatal skriningini (ultratovush) tibbiy amaliyotga keng joriy etish nafaqat tug'ma patologiyani erta tashxislashga yordam beradi, balki jarrohlik neonatologiyasining nisbatan yangi muammolarini "ochib berdi", bu yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va yosh bolalarda ko'krak qafasi organlarining malformatsiyasini o'z ichiga oladi.jarrohlik davolash. Ushbu nuqsonlarning ulushi juda yuqori: tirik tug'ilganlar orasida — 3,3%, perinatal yo'qotishlar tarkibida — 20,6%, bolalar o'limi va bolalar kasalliklari tarkibida — 20,1%.

Hozirgi vaqtda ushbu nuqsonlarning aksariyati antenatal tashxis qo'yilgan bo'lib, bu o'z vaqtida, asoratlar rivojlanishidan oldin, bolalarni davolash va perinatal o'lim ko'rsatkichlarini sezilarli darajada kamaytirishga imkon beradi

Tadqiqot usullari. So'nggi yillarda TO'NLAR homiladorlikning 20 xaftaligidan boshlab homilaning ultratovush tekshiruvini (ultratovush) usuli bilan prenatal bosqichda tez-tez aniqlana boshladi. Ammo homilada ultratovush tekshiruvini bilan tashxis qo'yilgan o'pka nuqsonlari ko'pincha homiladorlikning asossiz tugashiga sabab bo'ladi. TO'N uchun prognoz va boshqaruv taktikasi noaniq bo'lib, homila va yangi tug'ilgan chaqaloqni sinchkovlik bilan tekshirishni talab qiladi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Tadqiqotning

Maqsadi. Tug'ma o'pka nuqsonlari, perinatal va uzoq muddatli

natijalarning klinik va epidemiologik xususiyatlarini o'rganish asosida bemorlarni boshqarish taktikasini asoslang.

Tadqiqot natijalari. TO'N shakllanishi xavfi o'ziga xos bo'lmagan omillarning ta'siri bilan bog'liq: genealogik tarixga ko'ra og'irlik (qarindoshlarda tug'ma va irsiy patologiya holatlari ($p < 0.019$)), kasbiy zararli ($p < 0.05$), ayolda yomon odatlarning mavjudligi (homiladorlikning boshida spirtli ichimliklarni iste'mol qilish va nikotinga qaramlik ($p < 0.011$)).

Hayot uchun eng qulay bo'lganlar kist nuqsonlari va o'pka gipoplaziyasi bo'lib, ular boshqa TO'NLarga nisbatan nisbatan yuqori omon qolish darajasiga ega (92,8% va 10%, $g < 0.003d 6,274$, $p < 0.003d 0,000$). TO'N bilan kasallangan bolalarning o'limi asosan MVPR mavjudligi bilan bog'liq (68,2%, $g < 0.003d 6,128$, $p < 0.003d 0,000$).

TO'N holatlarining 77,3 foizida bolalik davrida debyut qilinadi, neonatal davrda maksimal klinik ko'rinish (44,3%). Biroq, asemptomatik holatlarning ulushi 22,7% ni tashkil qiladi. Neonatal davrda TO'Nning asosiy klinik ko'rinishlari nafas olish qiyinlashuvi (67,4%), pnevmoniya (48,8%) va dispne (18,6%). Erta yoshda o'pka nuqsonlari asosan bronxo-obstruktiv sindrom va takroriy nafas yo'llari infeksiyalari klinikasi (100%) bilan debyut qiladi. Katta yoshdagi bolalarda o'pka nuqsonlari takroriy nafas olish yo'llari infeksiyalari (43%) bilan namoyon bo'ladi yoki o'z-o'zidan paydo bo'ladigan pnevmotoraks belgilari (50%) bilan namoyon bo'ladi.

TO'N guruhida jismoniy rivojlanishida nuqsoni bo'lgan bolalarning ulushi 43,8% ni tashkil qiladi, bu sog'lom bolalar guruhiga qaraganda (26%) ($g < 0.003d 3,321$, $p < 0.003d 0,000$).

Malformatsiyaning klinik debyuti qanchalik tez sodir bo'lsa, asab tizimining dekompensatsiyasi shunchalik aniq bo'ladi va kasallik sharoitida tananing qarshiligi past bo'ladi ($p < 0.003d 0.002$).

KBFG va tinch nafas olish floumetriyasi yordamida tashqi nafas olish funksiyasi dinamikasida o'rganish erda yoshda, shu jumladan asemptomatik kursda TO'Nli bolalarda patologik jarayonning kompensatsiya darajasini baholashga, shuningdek, TO'N kursining tavsiya etilgan bosqichlariga muvofiq kasallik dinamikasini aniqlashga imkon beradi.

TO'N bilan kasallangan bolalarni boshqarish algoritmi asoslanadi. Xavf omillarini baholash asosida bolalarda TO'N shakllanishi va og'ir kechishini bashorat qilish mezonlari ishlab chiqilgan. Kasallikning subkompensatsiya bosqichida bemorlarni jarrohlik davolash natijalari patologik jarayonning dekompensatsiya belgilari bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolash natijalaridan oshib ketishi aniqlandi. Bemorlarni keyingi dinamik kuzatish spirometriyaning standart ko'rsatkichlarini, shuningdek, bronxofonografiya usuli bilan yuqori chastotali diapazonda (yosh bolalar uchun) floumetriya va ACRD yordamida ekshalatsiyaning eng yuqori oqimining nisbiy vaqtini dinamik nazorat qilishni o'z ichiga oladi.

Xulosa. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda nafas olish buzilishi sindromida farqlanadigan kasalliklar qatoriga o'pka va mediastinal malformatsiyalar kiritilishi kerak.

Antenatal ravishda aniqlangan o'pka va mediastinal patologiya-bolani tug'ilgandan keyin kasalxonaga o'tkazish uchun ko'rsatma (tug'ruqxonadan chiqmasdan) tekshirish uchun.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Diagnostikaning asosiy usuli-kompyuter tomografiyasi. Bolalarda qon tomir anomaliyalari va o'pka nuqsonlarini tashxislash uchun spiral KT angiografiyasidan (SCTA) foydalanish tavsiya etiladi.

O'pka va mediastinal malformatsiyalar bilan infeksiya va malignizatsiya xavfi, shuningdek intratorasik kuchlanish sindromi neonatal davrda erta jarrohlik davolashning ko'rsatkichidir.

BOLALARDAGI KALITSIVIRUS INFEKTSIYASINING KLINIK VA IMMUNOLOGIK XUSUSIYATLARI VA TERAPIYA TAKTIKASI

Noraliev I.

Davolash fakulteti uchun pediatriya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute

Tadqiqotning **Dolzarbligi.** Inson kalitsiviruslarining immunobiologiyasini o'rganishda ma'lum yutuqlarga qaramay, norovirus va sapovirus infeksiyasining immunopatogenezining ko'p jihatlari noaniq bo'lib qolmoqda.

Kasallikning og'irligi, organizmning virusdan qayta tiklanishi asosan patogenning kiritilishiga makroorganizmning immunitet reaksiyasi bilan belgilanadi. Kalitsiviruslarga hujayra immuniteti va sitokin tizimining javobi faqat bitta mavjud xabarlarda aks etadi. Umuman olganda, mavjud bo'lgan bir nechta dalillar shuni ko'rsatadiki, inson kalitsiviruslari uy egasida qisqa muddatli immunitetni keltirib chiqaradi.

Tadqiqotning Maqsadi. Turli yoshdagi bolalarda kalitsivirus infeksiyasining klinik va immunologik xususiyatlarini aniqlash va oqilona terapiya usulini asoslash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Ish AODBDA amalga oshirildi. 2021-2023 yillarda 4 oylik 230 nafar bolani klinik-laboratoriya tekshiruvini o'tkazildi. kalitsivirus infeksiyasi tashxisi tasdiqlangan 16 yoshgacha.

Tadqiqot natijalari va ularni muhokama qilish. 2021 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda AOIB asosidagi oki tuzilishini tahlil qilish natijasida virusli ichak infeksiyalari bilan og'rigan bemorlarning ulushi 20,3% ni tashkil etganligi aniqlandi ($p < 0,05$). Virusli oki tarkibida kalitsiviruslar keltirib chiqaradigan gastroenteritlar ro-taviruslardan keyin ikkinchi o'rinda turdi va 26,6% ni tashkil etdi ($p=248$). Nosologik shakllarga ko'ra, norovirus infeksiyasi bo'lgan bolalar tekshirilganlar orasida 84,8% ni tashkil etdi ($p < 0,05$), sapovirus-0,9% ($p < 0,05$), aralash ichak infeksiyalari 14,3% ni tashkil etdi ($p < 0,05$). Aralash infeksiyalar orasida asosiy ulush virusli-virusli aralash infeksiyalar -60,6% (ulardan rotavirus bilan birgalikda 42,4%) va virusli-bakterial infeksiyalar 39,4% ni tashkil etdi (ulardan salmonellyoz bilan birgalikda - 21,2%). KVINING eng yuqori darajasi 1 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan davrda qayd etilgan. Virusli agentlarni aniqlashning mavsumiy chastotasini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, kalitsivirus gastroenteritining ko'payishi noyabr-dekabr oylariga to'g'ri keldi (37,8%).



Oki bilan og'rigan bolalarning klinik va immunologik xususiyatlari silliq kurs bilan kalitsivirus etiologiyasi. Norovirus etiologiyasi monoinfeksiyasi ko'rinishidagi Kvi kasalliklarini tahlil qilish jarayonida ($p \leq 0,001$) 32,8% hollarda bolalar oilaviy o'choqlardan yoki bolalar jamoalaridan kelib chiqqanligi aniqlandi, bu erda aniqlanmagan etiologiyaning gastroenterit holatlari qayd etilgan. 90,8% hollarda prodromal davrsiz kasallikning o'tkir boshlanishi qayd etilgan. Klinik ko'rinishda gastroenterit sindromi etakchi o'rinni egalladi, bu bolalarning 94,4 foizida o'rtacha $7,06 \pm 0,27$ martagacha qusish ($p \leq 0,001$), qorin og'rig'i 35,4% ($p \leq 0,001$), ko'ngil aynish 31,8% ($p \leq 0,001$) va 65,1% hollarda suvli diareya ($p \leq 0,001$).

Xulosalar. Bolalarda virusli oki tarkibida 26,6% gacha bo'lgan holatlar kalitsivirus infeksiyasidir. Kasallik asosan o'rtacha shaklda (87,2%) davom etadi. 23,6% hollarda KVINING silliq bo'lmagan kursi qayd etiladi.

Kasallar orasida 69,6% 1 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan bolalardir. Chaqaloqlarda diareya sindromi (100% hollarda) umumiy yuqumli kasallikdan ustun turadi. Shu bilan birga, maktab yoshidagi bolalarda diareya faqat 73,3% hollarda kasallik bilan birga keladi va 97,8% hollarda takroriy qusish va intoksikatsiyaning og'ir belgilari birinchi o'rinda turadi.

BOLALARDA BRONXOEKTAZ KASALLIKDA O'PKA TUZILISHINING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI

Norjigitov A.M., Islamov Sh.E., Maxmatmuradova N.N.
Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

Dolzarbligi. Bolalar orasida bronxoektaziya kasalligi bronxo'pka patologiyaning tizimida muhim o'rin tutadi. Shu munosabat bilan ushbu kasallikning turli tomonlarini, jumladan, etiopatogenezini o'rganishga e'tibor to'xtovsiz davom etmoqda. Bronxoektaziya shakllanishining asosi to'g'ma va irsiy kasalliklar bo'lishi mumkin. To'g'ma rivojlanish anomaliyalari bronxo'pka tizim surunkali yallig'lanishli o'pka kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning 8-10 foizida aniqlanadi. Bemorlarning atigi 18,0 % da to'g'ma bronxoektaziya borligi aniqlandi. Shu bilan birga, bolalarning 38,5 % da nafas olish tizimi kasalliklariga irsiy moyillik borligi aniqlandi.

Bolalarning 66 % da jarrohlik yo'li bilan davolanadigan surunkali o'pka yiringlashlari, o'pkaning tug'ma nuqsonlari tufayli yuzaga kelganligi haqida dalillar mavjud. Biroq, bir qator tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, 26-53% hollarda ehtiyotkorlik bilan o'tkazilgan differensial diagnostika bilan bronxoektaziyaning paydo bo'lish sababini aniqlab bo'lmaydi.

Tadqiqot **Maqsadi.** Bolalarda bronxoektaziya tug'ma va orttirilgan patologiya belgilarini aks ettiruvchi gistologik tuzilmalar mavjudligini aniqlash.

Tadqiqot materiali va usullari. 12 ta bolada bronxoektaziya kasalligi bo'yicha operatsiya paytida olib tashlangan o'pkaning bo'laklari yoki bo'lakchalari o'rganildi. Jarrohlik materialidan 5-7 bo'lakcha kesilib, Buen suyuqligida fiksatsiyalangan va parafinga solingan. Bosqichli kesmalar



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



gematoksilin va eozin, Van Gison, rezortsin-fuksin bilan Veygert bo'yicha bo'yalgan, Grimeliusga ko'ra kumush nitrat bilan singdirilgan.

Tadqiqot natijalari. Gistologik preparatlarda ektatik bronxlar aniqlanadi. Ularning shilliq qavatida surg'ichsimon o'smalar mavjud, peribronxial skleroz qayd etilgan. Bronxlarning tirikishida leykotsitlar bilan ekssudat mavjud. Nafas olish sohasi ham emfizematoz kengaygan alveolalar, ham atelektaz joylari bilan ifodalanadi. Alveolalarda seroz suyuqlik mavjud. Interstitsiyda limfoplazmatik infiltratsiya, ba'zi alveolalar bo'shlig'ida - alveolyar makrofaglar qayd etiladi. Bezlarda distrofik o'zgarishlar, sekretiya hujayralarining o'limi mavjud. Ba'zi hollarda surunkali yallig'lanish tog'aylar distrofik o'zgarishlarga olib keladi. Yuqorida tavsiflangan o'zgarishlar bronxoektaz kasalligi bilan birga keladigan yiringli yallig'lanish jarayonining mavjudligini ko'rsatadi.

Surunkali nospesifik yallig'lanish jarayonining namoyon bo'lishini aks ettiruvchi tuzilmalardan tashqari, bemorlarning o'pkalarida tug'ma va orttirilgan xarakterli belgilari qayd etilgan. O'rganilgan barcha holatlarda, ushbu patologiyaning tug'ma xususiyatini ko'rsatadigan ma'lum belgilari qayd etildi. Yog' to'qimalari ko'pincha katta bronxlar atrofida joylashgan. Bundan tashqari, tartibsiz tog'aylar mavjudligi diqqatga sazovordir, bu ham tug'ma nuqson deb hisoblanadi. Bronxial daraxtning rivojlanmaganligi, katta bronxlar hududida ko'p sonli kichik bronxial naychalarning joylashganligida namoyon bo'ladi. Kichik diametrli bronxial naychalarning shunga o'xshash yig'ilishlarini nafas olish hududida ham ko'rish mumkin. O'pka parenximasining bu sohalarida elastik tolalar topilmaydi. Shu bilan birga, preparatlarda shakllangan o'pka atsinuslari ham mavjud. To'g'ma tuzilmalarga, shuningdek, APUD tizimining hujayralarini doimiy ravishda aniqlanishini ham kiradi - apudotsitlarni, ham yakkali, ham 2-5 hujayradan iborat kichik guruhlardagi.

Orttirilgan tuzilmalar limfoid to'qimalarning to'planishi (BALT) bilan ifodalanadi, ular ham diffuz to'planishlarni, ham limfa tugunlarini hosil qiladi, bundan tashqari, bronxial epiteliyga kirib boradigan yagona limfotsitlar hamma joyda mavjud. Limfa tugunlari peribronxial to'qimalarda joylashgan, ko'pincha katta o'lchamli. Ko'pgina limfa tugunlari reaktiv markazga ega, ba'zi hollarda u bo'sh ko'rinadi. BALT ning mavjudligi immunitet jarayonlarining kuchayishini aks ettiradi va odatda ular ifodalanmaydi. Reaktiv markazlarning yo'q qilinishi, ehtimol, immun tuzilmalarining kompensatsion roli "buzilish" tufayli sodir bo'ladi.

Bolalar, o'smirlar va yoshlardagi bronxo'o'pka displaziyaning klinik va funktsional oqibatlarini o'rganish, nafas olish disfunktsiyasining uzoq muddatli davom etishini, shu jumladan bronxial o'tkazuvchanlikning buzilishini, o'pkaning diffuzion qobiliyatini pasayishini va keksa yoshdagilarda bronxial giperreaktivlikni ko'rsatdi.

Surunkali obstruktiv o'pka kasalligining erta rivojlanishi xavf guruhiga, anamnezida o'pka nuqsonlari bo'lgan bemorlarning kiritish asoslangan. Shu asosda surunkali bronxit va bronxoektazlar ham rivojlanishi mumkin.

Xulosa. Shunday qilib, tadqiqot natijalari bronxoektaziya kasalligidagi patologiyaning turli ko'rinishlarini aks ettiruvchi, gistologik tuzilmalar mavjudligini aniqlashga imkon berdi. Barcha



holatlarda o'pkaning rivojlanmaganligi belgilarining mavjudligi, ushbu kasallikning rivojlanishida ularning asosiy rolini ko'rsatadi.

EKSPERIMENTAL HAYVONLARDA OSHQOZON REZEKSIYASIDAN KEYIN SUYAK TO'QIMASIDAGI MORFOLOGIK O'ZGARISHLAR

Ollaberganov M.I.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Mavzuning Dolzarbligi. Me'da-ichak yo'li (MIY) suyak to'qimasining tarkibiy qismlari hisoblangan minerallarning metabolizmida ishtirok etuvchi tizimning bir qismi hisoblanadi. MIY kasalliklarida mineral moddalar va vitaminlarning (shu jumladan kalsiy elementi va D vitamini) so'rilishi buziladi. Bu esa suyak to'qimasidagi kalsiy miqdorini va suyak to'qimasining mineral zichligining (STMZ) kamayishiga – osteopeniya holatiga olib keladi. Hozirgi kunda oshqozonda o'tkaziladigan bariatrik jarrohlik amaliyotlari ham borgan sari ko'payib bormoqda. Davolash-profilaktika muassasalarida o'tkazilgan oshqozon rezeksiyasi amaliyotlaridan keyin ko'pchilik bemorlarda ovqat hazm qilish jarayonining jiddiy buzilishlari, tana vaznining kamayishi va bir qator kasalliklarning og'ir klinik ko'rinishlari paydo bo'lishi kuzatiladi. Amaliy tibbiyotda oshqozonda o'tkazilgan har xil jarrohlik amaliyotlarining suyak to'qimasiga ta'siri to'g'risida bir-biriga zid bo'lgan ko'plab ilmiy maqolalar mavjud.

Tadqiqot Maqsadi. Tajriba kalamushlarining oshqozonini Bilrot-II usuli yordamida rezeksiya qilishdan keyingi eksperimental osteoporozda suyak to'qimasining morfofunktsional holatini o'rganish.

Tadqiqot material va usullari. Tajribani o'tkazish uchun vazni 170-200 gramm bo'lgan 49 ta oddiy erkak oq kalamushlar tanlandi. Birinchi nazorat guruhiga 20 ta kalamush ajratildi. Ikkinchi tajriba guruhiga 29 ta kalamush ajratildi va ularning oshqozoni Bilrot - II usulida rezeksiya qilindi. Tajriba hayvonlarining dinamikadagi tana vazni hamda son suyagining morfologik va morfometrik ko'rsatkichlari tahlil qilindi.

Tadqiqot natijalari. Hayvonlarning tirik vazni 3 oy davomida tahlil etib borildi. Operatsiya qilinganidan keyin kalamushlarning vazni nazorat guruhiga nisbatan tajribaning yakunigacha kamayib borishi kuzatildi. Shuningdek, nazorat guruhidagi kalamushlarga nisbatan solishtirib ko'rilganda dastlabki 7 kun davomida tajriba guruhidagi kalamushlar ovqatni kam iste'mol qilishganligi, junlari tabiiy jilosini yo'qotganligi va kam harakat bo'lib qolganliklari aniqlandi. Tajriba davomida nazorat guruhidagi va tajriba guruhidagi kalamushlarning tana og'irligi tajriba boshlanishidan oldin, tajriba o'tkazilganidan keyingi 30, 60 va 90-kunlarda qayd qilib borildi va mos ravishda quyidagi natijalar olindi: tajriba boshlanishidan oldin - $174,80 \pm 3,62$ va $181,83 \pm 2,90$ gramm, 30-kun - $202,00 \pm 4,20$ va $197,41 \pm 2,58$ gramm, 60-kun - $212,60 \pm 4,88$ va $205,41 \pm 3,03$ gramm, 90-kun - $228,00 \pm 4,86$ va $217,21 \pm 2,93$ gramm.



Osteoporoz oqibatida kelib chiqishi mumkin bo'lgan muammolardan biri son suyagida kuzatiladi. Shuning uchun tajriba hayvonlarining nazorat hamda tajriba guruhida ham son suyagining morfometrik ko'rsatkichlari o'rganildi va mos ravishda quyidagi ma'lumotlar olindi: suyakning og'irligi - $498,24 \pm 3,07$ mg va $439,64 \pm 0,94$ mg; suyakning uzunligi - $31,79 \pm 0,80$ mm va $27,96 \pm 1,03$ mm; proksimal epifiz qismining kengligi - $6,67 \pm 0,33$ mm va $5,85 \pm 0,31$ mm; distal epifiz qismining kengligi - $5,74 \pm 0,27$ mm va $5,02 \pm 0,34$ mm; diafiz qismi o'rtasining kengligi - $3,22 \pm 0,20$ mm va $2,81 \pm 0,16$ mm; diafiz qismi o'rtasining qalinligi - $3,13 \pm 0,15$ mm va $2,73 \pm 0,18$ mm. Oshqozonida jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan tajriba hayvonlarining barcha ko'rsatkichlari nazorat guruhidagilarga nisbatan sezilarli darajada kamayishi kuzatildi.

Shuningdek, nazorat hamda tajriba guruhlaridagi kalamushlar son suyagining metafiz qismini morfometrik ko'rsatkichlari ham o'rganildi. Bunda son suyagi metafizidagi birlamchi spongiozlarning nisbiy zichligi - $47,60 \pm 0,99\%$ va $38,80 \pm 1,32\%$ (18,5% kamaygan); ikkilamchi spongiozlarning nisbiy zichligi - $29,50 \pm 0,92\%$ va $17,10 \pm 0,99\%$ (42,0% kamaygan); osteoblastlarning nisbiy hajmi - $28,60 \pm 0,68\%$ va $16,60 \pm 1,11\%$ (41,9% kamaygan); osteoklastlar hajmi - $2,30 \pm 0,18\%$ va $4,10 \pm 0,38\%$ (1,8 marta ko'paygan) ga teng bo'ldi. Shuni qayd etish lozimki, nazorat va tajriba guruhidagi kalamushlarning son suyagini metafiz qismidagi birlamchi spongiozlar trabekularining uzunligi mos ravishda: $432,80 \pm 2,47$ mkm va $285,60 \pm 1,19$ (34,0% kamaygan), o'sish plastikasining qalinligi $203,40 \pm 2,31$ mkm va $173,10 \pm 1,27$ mkm (14,9% kamaygan) ga teng bo'ldi. Berilgan raqamli qiymatlar statistik jihatdan bir-biridan sezilarli darajada farq qildi.

Xulosa. Shunday qilib, tajriba hayvonlarining oshqozoni Bilrot-II usuli bilan rezeksiya qilganidan keyin ovqat hazm qilish jarayonining buzilishi va buning oqibatida uzun naysimon suyaklarning mineral zichligini pasayishi kuzatildi. Bu tana vaznining kamayishi hamda son suyagi morfometrik o'zgarishlar bilan namoyon bo'ldi. Biz o'tkazgan tajribamiz asosida olgan ma'lumotlarimiz va ularni bir qator klinik adabiyotlardagi ma'lumotlar bilan taqqoslash natijasida oshqozonni Bilrot-II usulida rezeksiya qilinishi bir qator o'zgarishlarni keltirib chiqarishi oqibatida tajriba hayvonlarida suyak to'qimasining tuzilishini morfofunksional o'zgarishlariga, ya'ni son suyaklarining osteomorfometrik ko'rsatkichlarning va arxitektonikasining o'zgarishlariga olib keladi degan **Xulosaga** keldik.

HOMILADORLIK DAVRIGA BOG'LIQ BO'LGAN AYOLLARDA ANTIFOSFOLIPID SINDROMINI BASHORAT QILISH

Parpiyeva Sh. O., Axmadjanova G. M.
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Antifosfolipid sindromi-bu otoimmün tabiatning klinik va laboratoriya simptom kompleksi bo'lib, organizmda salbiy zaryadlangan membrana fosfolipidlari va ular bilan



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



bog'liq glikoproteinlar bilan faol o'zaro ta'sir qiluvchi bimodal otoantikorlarning shakllanishi bilan tavsiflanadi.

AFS ko'pincha "xameleyon" deb ataladi, chunki u juda ko'p klinik ko'rinishga ega. Ushbu sindrom buyrak, nevrologik, yurak-qon tomir patologiyalari niqobi ostida yashirinishi mumkin, ba'zida bemorning asosiy shikoyatlari bosh og'rig'i, ko'z oldida chivinlarning miltillashi va ko'rishning buzilishi.

Yurak-qon tomir ko'rinishlari: klapanlar va arteriyalarning shikastlanishi, retikulyar livedo-kichik tomirlarda qonning turg'unligi;

Nevrologik ko'rinishlar: migren, vaqtinchalik ishemik hujumlar, qon tomirlari, psixozlar, aqliy qobiliyatlarning pasayishi, koma. APS bilan og'riqan bemorlarning eng keng tarqalgan shikoyati-bosh og'rig'i;

Oftalmik ko'rinishlar: ko'z teshigidagi og'riq, ko'z oldidagi parda, fotofobi, ko'rishning yo'qolishi, shuningdek, bir yoki ikkala ko'zda ko'rishning yo'qolishi;

O'pka namoyon bo'lishi: o'pka arteriyalarining trombozi, o'pka infarkti, o'pka gipertenziyasi;

Tadqiqotning Maqsadi. Abort va antifosfolipid sindromi bo'lgan ayollarda anamnezning xususiyatlarini va homiladorlik natijalarini uni tuzatish usullariga qarab baholang.

Materiallar va tadqiqot usullari. Istiqbolli kohort tadqiqoti o'tkazildi. Abort tarixi va antifosfolipid sindromi bo'lgan 137 homilador ayol tekshirildi.

Tekshirilgan ayollar pregravidar bosqichda tushish terapiyasi sxemasida plazmaferez protseduralarining mavjudligi yoki yo'qligi printsipligiga ko'ra ikki guruhga bo'lingan. Birinchi guruh (asosiy) ayollar edi (p \ u003d 73), ular pregravidar bosqichda plazmaferezni (efferent terapiya) o'z ichiga olgan kompleks terapiya, ikkinchi guruhda (taqqoslash, p \ u003d 64) efferent terapiya o'tkazilmagan.

Tadqiqot natijalari. Ayollarning 61,36 foizi (27), uy bekalari 34,09 foizi (15), o'quvchilar 4,54 foizi (2) ishlagan. Homilador ayollarning 68,18 foizi (30) ro'yxatdan o'tgan nikohda bo'lgan, nikoh 7,27 foiz (12) holatda qayd etilmagan, yolg'iz ayollar 4,54 foizni (2) tashkil etgan. Tekshirilayotgan bemorlarning yarmidan ko'pi o'rta maxsus ma'lumotga ega – 59,09% (26), oliy ma'lumotli ayollar 36,36% (16), talabalar – 4,54% (2).

Bemorlarning 81,81% (36) qayta tug'ilgan, homilador ayollarning yarmidan ko'pi tug'ilish tarixiga ega – 63,63% (28). Og'irlangan akusherlik tarixi 68,18% (30) holatda bo'lgan. Homiladorlikning yo'qolishi har ikkinchi homilador ayolda bo'lgan-54,5% (24). O'z – o'zidan tushish va/yoki rivojlanmagan homiladorlik tarixi 38,63% (17), erta tug'ilish – 25% (11), primiparous abortlar – 13,63% (6), 3 yoki undan ortiq ko'p qirrali abortlar-6,81% (3). Ginekologik kasalliklar tarixi ayollarning 68,18% (30) ni qayd etdi: bachadon miomasi – 20,45% (9), tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari – 15,9%, bepustlik – 9,09%.

Somatik patologiya bemorlarning 68,18 foizida bo'lgan: surunkali arterial gipertenziya-29,54% (13), siydik tizimining surunkali kasalliklari – 22,72% (10), miyopi va boshqa ko'z kasalliklari – 22,72% (10), semirish – 13,63% (6), OIV infeksiyasi / virusli gepatit – 9,09% (4), qalqonsimon bez kasalliklari 9,09% (4), genetik trombofiliyalar 4,54% (2), pastki ekstremitalarning varikoz tomirlari 4,54% (2).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Homiladorlik paytida servikovaginal infeksiyalar bemorlarning 88,63 foizida (39) aniqlangan. Statsionar davolanishni talab qiladigan doimiy abort tahdidi ayollarning 56,81 foizida (25) bo'lgan. Bachadon-homila qon oqimining buzilishi bilan surunkali platsenta etishmovchiligi ayollarning 31,8 foizida (14) aniqlangan, yarmida qon oqimining buzilishi ikkinchi ultratovush tekshiruvida qayd etilgan. Istmiko-servikal etishmovchilik har uchinchi homilador ayolda bo'lgan-31,81% (14). Gemostazning protrombotik holati gemostaziogramma ma'lumotlariga ko'ra 27,27% (12) holatda bo'lgan. Homiladorlik qandli diabet homilador ayollarning 25 foizida (11) aniqlangan. Birinchi trimestrda homilador ayollarning qusishi ayollarning 20,45% (9) tomonidan qayd etilgan. Homiladorlik paytida o'tkir respiratorli infeksiyalar ayollarning 9,09 foizini (4), siydik tizimining o'tkir yuqumli kasalliklarini ham tekshirilganlarning 9,09 foizini (4) boshdan kechirgan. Preeklampsi 2 holatda sodir bo'lgan, bu 4,54% ni tashkil qiladi.

Xulosa. Homiladorlik membranalarining erta yorilishi bilan murakkablashgan ayollarning aksariyati takroriy homilador bo'lgan, har ikkinchisida allaqachon homiladorlik tarixi bo'lgan. Haqiqiy homiladorlik paytida ko'pchilik ayollarda (88,6%) qin va bachadon bo'yni yuqumli patologiyasi aniqlangan, ularning yarmida servitsit tashxisi qo'yilgan.

34 haftadan kam vaqt ichida membranalarining erta yorilishi bo'lgan har ikkinchi bemorda erta homiladorlik abort qilish tahdidi bilan murakkablashdi va har uchinchi bemorda surunkali platsenta etishmovchiligi belgilari aniqlandi.

Suvsiz davr 18 soatdan 42 kungacha bo'lgan va o'rtacha 119 soatni (5 kun) tashkil etgan, shu bilan birga perinatal natijalarning suvsiz davr davomiyligiga ishonchli bog'liqligi aniqlanmagan.

Ko'pincha salbiy perinatal natijalar, shu jumladan homila va yangi tug'ilgan chaqaloqning intrauterin infeksiyasi, boshqa guruhlariga qaraganda 28 haftadan kam vaqt ichida membranalar yorilib ketgan ayollar guruhida sodir bo'lgan.

Xomilalik membranalarining erta yorilishi bilan murakkablashgan homiladorlik paytida perinatal o'limning asosiy sababi intrauterin infeksiya edi. 75% hollarda platsenta to'qimalarida yallig'lanish o'zgarishlari aniqlandi, ularning yarmida membranalarining barcha qatlamlariga zarar etkazildi.

MIGREN HURUJLARI KECHISHIDA KO'Z FORMASINING O'ZIGA XOSLIGI.

Po'latov M.Q., Rashidova N.S.

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

Dolzarbligi: Migren nevrologik kasallik bo'lib, ko'pincha kuchli bosh og'rig'iga sabab bo'ladi. Bosh og'rig'i epizodlarda paydo bo'ladi va ba'zida ko'ngil aynish, qusish va yorug'likka sezgirlik bilan birga keladi. Migren hurujida bosh og'rig'i ko'pincha simillovchi og'riq sifatida boshlanadi va lo'qqillovchi og'riqqa aylanadi. Odatda jismoniy faoliyat davomida yomonlashadi. Og'riq boshning bir tomonidan boshqasiga o'tishi, boshning old qismida bo'lishi yoki butun boshni qamrab olishi mumkin. Ko'pgina migren bosh og'rig'i taxminan 4 soat davom etadi,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ammo og'ir bosh og'rig'i 3 kundan ortiq davom etishi mumkin. Oyiga ikki-to'rt bosh og'rig'ini odatiy holdir. Ba'zi odamlar migrenni bir necha kunda bir marta bosh og'rig'iga kuzatilishi mumkin, boshqalari esa yiliga bir yoki ikki marta. Migren xurujlari qancha ortsa og'riqlar neyropsixologik o'zgarishlar va depressiya keltirib chiqadi

Bu ma'lumotlarga tayangan xolda migrenni formalari kechishini va hurujlar chastotasini o'rganish neyropsixologik o'zgarishlar paydo bo'lishini prognoz qilish va oldindan profilaktik davolashda ahamiyatli hisoblanadi.

Tadqiqotning Maqsadi: Migren, ko'z formasi bilan kasallangan bemorlarda migrenni kechishini va psixologik o'zgarishlarni o'ziga xosligini o'rganish.

Tadqiqotning materillari va usullari: Toshkent shahridagi Shox international hospital xususiy klinikasida nevropatolog qabulida bo'lgan 16 yoshdan 43 yoshgacha bo'lgan Migren bilan kasallangan 18 nafar bemorda (2 nafar erkak, 16 nafar ayol) kasallik klinik kechishi retrospektiv usulda o'rganildi.

Tadqiqot natijalari: Olingan natijalarga ko'ra, Migren bilan kasallangan 18 nafar bemordan 4 nafar (1 nafar erkak, 3 nafar ayollar) bemorda (22.2%) qon tomir Migrenning ko'z formasi uchradi. Bemorlarda xurujlar oyda 3-4 marotaba kuzatilgan. Xuruj vaqtida boshning bir tomonidagi kuchli og'riq bilan birga ko'zda tortishuvchi xususiyatli og'riqlar kuzatilgan. Bemorlar og'riq vaqtida jaxldor, uyquchan va tushkunlikka tushgan. Bemorlarning o'rtacha yoshi: 29 ± 6 yoshni tashkil qiladi.

Xulosa: Tekshiruv **Xulosasiga ko'ra,** Migren bilan kasallangan bemorlarda ko'z formasi keng tarqalgan bo'lib, bu formada migren xurujlari nisbatan oy davomida ko'proq kuzatiladi. Xurujlar o'z navbatida bemorlarda neyropsixologik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Bu xolat bemorlar hayot sifatini yomonlashtiradi.

MUDDATDAN OLDIN QOG'ONOQ SUVINING KETISHIDA KLINIK OMILLARNING TA'SIRINI BAHOLASH

G.M.Qayumova

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro Davlat tibbiyot instituti 1-son akusherlik va ginekologiya kafedrası

So'nggi yillarda muddatidan avval tug'ruq – ona va bolani himoya qilish tibbiy-ijtimoiy muammo bo'lib qolmoqda. Jahon sog'likni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, «...erta neonatal o'lim holatining 70% va bolalar o'lim holatining 65-75% yetilmay tug'ilgan chaqaloqlar ulushiga to'g'ri kelmoqda. Muddatidan avval tug'ruqlar barcha homiladorliklarning 5-15% holatida kuzatilmogda, bu ko'rsatkich yildan yilga oshib bormogda.

Tadqiqotning Maqsadi homiladorlikning 24-33 haftaligida qog'onoq pardasining muddatdan oldin yorilishining asosiy klinik omillarning ta'sirini baholash.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Materiallar va usullar. Tadqiqot Buxoro viloyat perinatal markazda o'tkazildi. Tadqiqotda 119 ta homilador ayol 2 guruhga bo'lingan:

- 1) Nazorat guruhi - homila pufagi to'liq bo'lgan sog'lom 27 ayol, muddatda qog'onoq suvi ketgan va tug'ruq sodir bo'lgan;
- 2) Asosiy guruh - homiladorlikning 24-33 haftaligida muddatdan oldin qog'onoq ketgan va tug'gan 92 nafar ayol;

Natijalar va muhokama. Tadqiqotda 18-40 yoshdagi homilador ayollar ishtirok etdi. So'rovda qatnashganlarning $n=67$ tasi (55,8%) 21 yoshdan 29 yoshgacha bo'lib, umumiy sonidan ($n=119$) eng ko'p ayollar sonini tashkil qiladi. 30 va undan katta yoshdagi 48 nafar ayol (40%) va 20 yoshgacha (4,2%) 5 nafar ayol tadqiqotda ishtirok etdi. Muddatdan oldin qog'onoq suvi ketgan homilador ayollarni taqqoslash va nazorat guruhidagi yosh farqlari aniqlanmagan. Guruhlar o'rtasida qon guruhlari va Rh-omilni o'rganish o'rtasidagi farqlar aniqlanmagan, lekin MOQSK homilador ayollarning asosiy miqdori 2 qon guruhiga (40%) tegishli, ayollarning eng past foizi to'rtinchi qon guruhiga ega bo'lgan (7%). Nazorat guruhlarida tug'ruqdan keyingi davrning asoratlari aniqlanmagan. Homiladorlik va uning asoratlarning darajasini aniqlashda gemoglobin, gematokrit, leykotsitlar, LII, umumiy protein, o'zgaruvchan transaminazlar ko'rsatkichlari va qog'onoq suvi ketgandagi aniq vaqtni bilish juda muhimdir. Asosiy guruhida, nazorat guruhi bilan solishtirganda, muddatdan oldin qog'onoq suvi ketgandan keyingi birinchi kunida gemoglobin darajasi 129 (121-132) ga nisbatan 121 (111; 129,5) g / l ($p = 0,03$) ni tashkil etdi va leykotsitlar konsentratsiyasining ortishi $13,7(8,2;17,2) \times 10^9$ U/L va $6,7(6,6-7,6) \times 10^9$ U/L ($p < 0,001$) kuzatildi.

Xulosa, homiladorlikning 24-33 haftaligida muddatdan oldin qog'onoq pardasining yorilishi qon zardobida leykotsitlar (13×10^9 U / l dan yuqori) darajasining oshishi, homilador ayolning pariteti (birinchi, uchinchi va undan ko'p homiladorlik), anamnezida abortlarning mavjudligi, jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar patogenlarini tashishi bilan bog'liqdir.

BOLALIKDA ERTA NEONATAL PNEVMONIYANING IMMUNITET TANQISLIGI HOLATLARINI DIAGNOSTIKASI

Qodirov K.Z.

Bolalar xirurgiyasi kafedrasida
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Tadqiqot **Maqsadi.** Sitologik, immunologik, gematologik ma'lumotlar asosida preklirik bosqichda ventilyatorda bo'lgan intrauterin infeksiyali bolalarda erta neonatal pnevmoniyani tashxislash va aniqlangan o'zgarishlarni tuzatish usulini taklif qilish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda pnevmoniya rivojlanish xavfini bashorat qilish muammosini hal qilish uchun informatsion mezonlarni aniqlash kerak.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Immunitet tanqisligi bo'lgan bolalarda erta neonatal pnevmoniyaning patomorfologik xususiyatlarini o'rganish.

Tadqiqot natijalari. Shamollatish paytida intrauterin infeksiya fonida pnevmoniya paydo bo'lishiga moyil bo'lgan omillar: amniotik suyuqlikning aspiratsiyasi, metabolik kasalliklar, 104-106 CFU ifloslanish darajasi bilan gram - manfiy floraning yuqori darajasi, shamollatish davrining davomiyligi 72 soatdan ortiq. Ushbu fonda pnevmoniyaning dastlabki belgilari traxeobronxit va zararlangan hududda nafas olish shovqinlarining zaiflashishi hisoblanadi.

Intrauterin infeksiyali bolalarda traxeobronxial yuvish suyuqligida himoya hujayralari soni kamayadi. Alterativ va desquamativ jarayonlar o'pkada yallig'lanish jarayonining paydo bo'lishining oldini oladi. Pnevmoniya rivojlanishi bilan neytrofillar ko'payadi. Ularning sonining hayotning 3-3 kuniga 4 martadan ko'proqqa ko'payishi bu kasallikning dastlabki diagnostik belgisidir.

Erta neonatal davrda ventilyatorda bo'lgan va pnevmoniyani rivojlantirmagan prenatal infeksiyalangan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda himoya rolini qon zardobining etarli darajada qo'shimcha faolligi, boy gumoral immunitet o'ynaydi. Ushbu fonda pnevmoniyaning rivojlanishi a va M immunoglobulinlarining yuqori darajasi, gipoimmunoglobulinemiya b, neytrofillarning past singdirish qobiliyati bilan birga keladi.

Intrauterin infeksiyasi bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning periferik qonida doimiy neytrofiloz, limfotsitlarning nisbiy va mutlaq sonining ko'paymasligi va hayotning birinchi haftasida sodir bo'lmagan fiziologik "chorrahalar" qayd etilgan. Pnevmoniyaning dastlabki belgilari anemiya va leykotsitlar siljish indeksining yuqori darajasi bilan tavsiflanadi.

Sitologik, immunologik va gematologik ko'rsatkichlar asosida olingan diskriminant funktsiya tenglamasi ventilyatorda bo'lgan intrauterin infeksiyali bolalarda pnevmoniyani erta bosqichda tashxislash imkonini beradi.

Leykinferonni qo'llashning mahalliy va tizimli usullarining ijobiy ta'siri aniqlandi: traxeobronxial yuvish suyuqligida neytrofillar soni sezilarli darajada kamaydi, immunitetning uyali aloqasi va o'ziga xos bo'lmagan himoya omillari immunitet holatida faollashdi. Katamnetik jihatdan bronxopulmoner kasalliklar chastotasining pasayishi bir yilgacha aniqlandi.

Tug'ilgandan keyingi birinchi kunida va ventilyatorda bo'lgan intrauterin infeksiyali yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tblning uyali tarkibini o'rganish traxeya, bronxlar, o'pkada yallig'lanish jarayonining rivojlanishini nazorat qilish va terapiyani o'z vaqtida tuzatish imkonini beradi.

Pnevmoniya rivojlanishida etakchi patogenetik rol o'ynaydigan bir qator immunitet ko'rsatkichlarida aniqlangan o'zgarishlar (immunoregulyatsion hujayralar muvozanati bilan uyali aloqani bostirish), yuqumli agentning turg'unligini ko'rsatadigan gematologik va sitologik ma'lumotlarning mavjudligi. tanada, yuqumli kasallikdan foydalanish zarurligini oqlaydi. intrauterin infeksiyalangan bolalarda immunomodulyatsion dorilar ularni kompleks davolashda.

Xulosa. Diskriminant funktsiya tenglamasidan foydalanish ventilyatorda bo'lgan intrauterin infeksiyali yangi tug'ilgan chaqaloqlarda klinik namoyon bo'lishidan oldin erta neonatal pnevmoniyani tashxislash imkonini beradi.



Leykinferonning mahalliy va tizimli qo'llanilishidan biz aniqlagan ijobiy ta'sirlar ushbu preparatni ushbu guruhdagi bemorlarda pnevmoniya holatlarini kamaytirish uchun intrauterin infeksiyalangan bolalarni Ventilyatorlarda davolashning bir qismi sifatida qo'llash nuqtai nazaridan katta ahamiyatga ega.

YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLAR VA PNEVMONIYA BILAN OG'RIGAN YOSH BOLALARDA IMMUNOLOGIK O'ZGARISHLAR

Qodirov K.Z.

**Bolalar xirurgiyasi kafedrasini
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti**

Dolzarbli. Pnevmoniya eng keng tarqalgan kasalliklardan biri bo'lib, har qanday yoshda uchraydi, turli yosh davrlarida kursning ma'lum xususiyatlariga ega. Bu o'pka to'qimalarining distal qismlarida rivojlanadigan patologik jarayonlar majmuasidir. Ushbu jarayonlarning asosiy namoyon bo'lishi yuqumli, eksudativ, kamroq tez-tez turli tabiatdagi mikroorganizmlar keltirib chiqaradigan va kasallikning butun rasmida hukmronlik qiladigan interstitsial yallig'lanishdir. Klinik nuqtai nazardan, "pnevmoniya" tushunchasi radiologik jihatdan tasdiqlangan pastki nafas yo'llarining yuqumli kasalligi sifatida belgilanishi kerak.

Bolalardagi o'tkir pnevmoniya bolalar o'limi tarkibida etakchi o'rinlardan birini egallaydi, bolalar populyatsiyasining umumiy kasallanishining yuqori darajasini belgilaydi. Takroriy infeksiyalar tananing funksional holatining buzilishiga olib keladi, bola tanasining asosiy funksional tizimlarining moslashuvining buzilishiga olib kelishi va surunkali patologiyaning rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Tadqiqot **Maqsadi.** Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va pnevmoniya bilan og'rigan yosh bolalarda immunologik o'zgarishlarning xususiyatlarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Andijondagi bolalar shifoxonalari bazasida 60 nafar 6 oylikdan 4 yoshgacha bo'lgan jamoa pnevmoniyasi bilan kasallangan bemor tibbiy ko'rikdan o'tkazildi.

Munozara. Bizning tadqiqotlarimiz shuni ko'rsatdiki, yangi tug'ilgan davrda va hayotning birinchi yillarida bolalarning immun holati, shuningdek tug'ilishda aniqlangan patologiya asosan onalaridagi homiladorlik jarayonining o'ziga xos xususiyatlari bilan, ya'ni patologiya bilan bog'liq. ona-platsenta-homila-yangi tug'ilgan tizim. Shunday qilib, adabiyotda akusherlik va ginekologik tarixi og'ir bo'lgan onalardan tug'ilgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda T - va B-limfotsitlarning nisbiy va mutlaq pasayishi, IgG darajasining pasayishi, IgM konsentratsiyasining oshishi haqida dalillar mavjud. bolalarning intrauterin infeksiyasi va tashqi ko'rinishi bilan bog'liq. IgA va IgE izlari (ikkinchisi yangi tug'ilgan chaqaloqlarning sezgirligi haqida gapiradi, bu bilan u bolalarning immun tizimi tomonidan mustaqil sintez mahsulotidir). Bundan tashqari, dinamika ushbu guruh bolalarining hayotning ikkinchi yarmida infeksiyalarga yuqori



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



sezuvchanligini aniqladi, ya'ni.onadan olingan passiv immunitetning yo'q bo'lib ketishi va o'zlarining infektsiyaga qarshi himoya mexanizmlarini shakllantirish davrida.

So'nggi yillarda bronxopulmoner tizimda tug'ma va orttirilgan immunitet tanqisligi, mahalliy immunitet buzilishi bo'lgan bolalar soni ortib bormoqda. Irsiy patologiyasi bo'lgan bolalarning ulushi ortib bormoqda. Professor Sotnikovaning so'zlariga ko'ra, pnevmoniya yosh bolalarda 80% hollarda immunitet tanqisligi fonida rivojlanadi.

Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, immunologik holatdagi o'zgarishlarni batafsil o'rganish va lipid va oqsil almashinuvini normallashtiradigan, antioksidant himoyani rag'batlantiradigan va pnevmoniya bilan og'rikan yoki bo'lgan bolalarda immunologik reaktivlikni modulyatsiya qiladigan kompleks davolash va reabilitatsiya rejimlarini ishlab chiqish zarur.

Xulosa. Immunokorrektiv terapiya rejimlaridan foydalanish VRZN genezisiga qarab ishlab chiqilgan.ikkilamchi immunitet tanqisligi fonida 'VP*' bilan og'rikan bemorlarni davolashni optimallashtirishga imkon beradi: davolanish muddatini qisqartirish, yiringli-destruktiv, septik asoratlari va asosiy kasallikni davolash paytida birga keladigan patologiyaning kuchayishi sonini kamaytirish.

O'limga olib kelishi mumkin bo'lgan xavf guruhlarini aniqlashda klinik va laboratoriya mezonlaridan foydalanish ushbu bemorlarda o'limga olib keladigan asoratlarning oldini olish choralarini ko'rish imkonini beradi.:

CRP monitoringi terapiya samaradorligini baholash va kasallikning uzoq davom etishini taxmin qilish imkonini beradi" har qanday klinik laboratoriyada murakkab immunologik tadqiqotlar o'tkazmasdan.

CHAQALOQLARNI KO'KRAK QAFASI A'ZOLARIDAGI TASHRIKLARDAN KEYINGI OGRIQSIZLANTIRISH USULLARINING QIYOSIY TAHLILI

Qodirov M.A.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Tadqiqot **Maqsadi.** Chaqaloqlarda posttorakotomik davrda ekstrakleval analgeziya texnikasini qo'llash yuli bilan antinotsitseptiv himoya usullarini takomillashtirish.

Tadqiqot materiali va usullari: Mazkur tadqiqot Andijon viloyat bolalar ko'p tarmokli tibbiyot markazi, xududiy neonatal xirurgiya bo'limiga ko'krak qafasi a'zolarining tug'ma va orttirilgan xirurgik kasalliklari bilan yotqizilgan va operatsiyalar bajarilgan chaqaloqlarda o'tkazildi. Operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirish turiga ko'ra bemor chaqaloqlar 2 guruhga bo'lindi.

Operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirish turiga ko'ra bemor chaqaloqlar 2 guruhga bo'lindi: I guruhda (17 nafar) operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirish fentanilning 2-3 mkg/kg/soat miqdorida uzluksiz vena ichi infuziyasi orqali amalga oshirildi (OA-opiatli analgeziya); II guruhda (12 nafar) esa og'riqsizlantirish intraoperatsion davrda ekstrakleval bo'shliqqa o'rnatilgan kateter orqali mahalliy anestetikni yuborish yo'li bilan bajarildi. Maxalliy anestetik



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



sifatida 0,25% li bupivakaindan foydalanildi va uning mikdori 0,2-0,3 ml/kg/ soatni tashkil kildi. Operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirish turini tanlash operatsiya bajarilishining texnik xususiyatlari (parietal plevranning paravertebral qismi butunligining saqlab qolinishi) bilan bog'lik bo'ldi.

Tadqiqot natijalari: Chaqaloqlarda ekstraklevral analʼgeziya usuli kateterning operatsiya paytida o'rnatilganligi va mahkamlanganligi sababli perkutan usul bilan kateterlashdan ko'ra xavfi kamroq va birmuncha afzaldir. Bu tez va anik bajariladigan muolaja bo'lib, yuz berishi mumkin bo'lgan asoratlar sonini kamaytiradi. Ekstraplevral analʼgeziya o'tkazilganda faqatgina bir tomonlama qamal yuzaga kelishi sababli gipotenziya va peshob tutilishi kabi nojuya ta'sirlar juda kam uchraydi. Shu bilan birga nafas depressiyasi xavfi keskin kamayadi va o'z navbatida, intensiv monitoring va maxsus davolash usullariga zarurat qolmaydi. Ekstraplevral yondoshuvda opiatlar qo'llanilishiga umuman zarurat yo'q deb bo'lmasa-da, ularning qo'llanilishi keskin cheklanadi. Chaqaloqlarda salbiy reaksiyalar xavfining oldini olish maksadida anestetikni uzluksiz yuborish usuli qo'llanildi. Diskret nevrал qamalning og'riqsizlantirish samarasi maksimum 6 soatga yetadi, retroplevral kateter orqali muntazam yuborilishi esa quvvatlab turuvchi analʼgeziyani ta'minlay oladi. Bundan tashkari, bupivakainning qondagi konsentratsiyada keskin o'zgarishlar kuzatilmaganligi sababli uning toksik ta'siri kamayadi va gemodinamik ko'rsatkichlarning turg'unligini ta'minlaydi.

Xulosalar. Chaqaloqlarda posttorakotomik davrda operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirish sifatida ekstraklevral analʼgeziya usuli an'anaviy og'riqsizlantirish usullarining xavfsiz muqobili sifatida qo'llanilishi mumkin. Ekstraplevral analʼgeziya usulini qo'llash operatsiyadan keyingi davrda sun'iy o'pka ventilyatsiyasi davomiyligini sezilarli darajada qisqartirish imkonii beradi va, o'z navbatida, sun'iy o'pka ventilyatsiyasi bilan bog'liq bo'lgan asoratlar sonini kamaytiradi.

ERTA YOSH BOLALARDA PASTKI NAFAS YO'LLARIDAGI YOT JISMLAR OQIBATLARI TAHLILLARI

Qodirov M.A.

Andijon davlat tibbiyot institute

Tadqiqot **Maqsadi:** Erta yosh bolalardagi quyi nafas yo'llaridagi yot jism bilan bog'liq bo'lgan asoratlar tahlilini o'tkazish.

Tadqiqot materiali va usullari: Andijon davlat tibbiyot instituti, Anesteziologiya-reanimatologiya va tez tibbiy yordam kafedrasida, Andijon viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi, Anesteziologiya, reanimatologiya va intensiv terapiya bo'limida respirator simptomlari mavjud bo'lgan, kasallikning 1 oydan 2 yilgacha davom etishi bilan keltirilgan 79 nafar bemorlar nazoratga olindi. Tadqiqotga olingan bemorlarning 43 (54,4%) tasini o'g'il bolalar, 36 (45,6%) nafarini qiz bolalar tashkil kildi. Nazorat ostidagi bemorlarning umumiy qismidan 53 nafarini (67,1%) 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalar tashkil qilgan bo'lsa, 14 nafarini (17,7%) 4 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar tashkil kildi. 12 ta boladan iborat bo'lgan guruhni 7



yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan bolalar tashkil kildi. Respirator buzilishlar tufayli shikoyatlar va klinik rentgenologik tekshiruv natijalari bronxial o'tkazuvchanlikning buzilishini ko'rsatdi va shu sababli barcha bolalarda bronxologik tekshiruv o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari: Barcha tekshirilgan bolalarning 18 tasida yot jismlar chap bronxda aniqlandi. Yosh guruxlariga ko'ra mos ravishda 24,5, 21,4, va 25% ni tashkil kildi. 61 nafar bemorda 77,2% da xar bir gurux buyicha bir xil tarqalishda yot jismlar o'ng bronxda anikdandi. Erta yoshli bemor bolalar guruhining 19 nafarida (35,8%) yot jismlar asosiy va oraliq bronxlarda mustahkam fiksatsiyalangan holda topildi. Boshqa holatlarda o'ng o'pkaning pastki qismlarida bo'lak va segmentar bronxlarda aniklandi. Bronxologik tekshiruv natijalari shuni ko'rsatdiki, surunkali bronx-o'pka kasalliklarida oldin aniklanmagan yot jism aspiratsiyasi sabab bo'lishi mumkin ekanligi aniklandi. Bronxlarning shilliq qavatlarida yot jismga nisbatan shish, bo'kish, yiringlashish va keyinchalik granulyatsion mal'formatsiya kabi o'zgarishlar bilan kechadi. Yot jismlar ko'pincha o'pkaning segmentar, bo'lak bronxlarda aniklanadi va nafas yullarining to'liq tiqilishi ko'rinishida bronxlar o'tkazuvchanligini buzadi.

Xulosalar: Granulyatsiyalar paydo bo'lishi bilan kechuvchi lokal endobronxitning rivojlanishi yot jismga kirib borish yo'lining murakkabligi, bolalarda sun'iy upka ventilyatsiyasi bilan birga o'tkaziladigan rigid bronxoskopiya o'tkazishni taqozo qiladi. Bronxlardagi yot jismlarni o'z vaqtida olib tashlash o'pka to'qimasidagi qaytmas yallig'lanish jarayonlarini oldini oladi.

KARDIOJARROHLIK OPERATSIYALARIDA BOLALARDA UMUMIY ANESTEZIYA SAMARADORLIGINI BAHOLASH

Qodirov M.A.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Tadqiqot **Maqsadi:** Bolalarda kardiojarrohlik operatsiyalarida markaziy analgetiklar bilan anesteziya o'tkazilganda gemodinamikaning o'zgarishini o'rganish.

Tadqiqot materiali va usullari: Yurak patologiyasi bo'yicha operatsiya qilingan 0 yoshdan 2 yoshgacha bo'lgan bolalar tekshirildi. Anestezik vosita natriy oksibutirat bilan birgalikda fentanil edi. 3-5 oylik bolalar. ular 28 foizni, 6-9 oylik bolalarni tashkil etdi.-36% va 1 yoshdan 2 yoshgacha bo'lgan katta bolalar 36% ni tashkil etdi. Anesteziya samaradorligini baholash klinik ma'lumotlar asosida amalga oshirildi: vosita reaksiyalarining mavjudligi, o'quvchilarning kattaligi va reaksiyasi. Anesteziyaning barcha bosqichlarida yurak urish tezligi, nafas olish tezligi va SpO2 kuzatildi. . EchoKG tadqiqot usuli bilan Markaziy va periferik gemodinamika ko'rsatkichlari.

Tadqiqot natijalari: Induksiya bosqichida yurak urish tezligining 30,3% ga oshishi kuzatildi ($p<0,05$), OOPS boshlang'ich qiymatlarga nisbatan 21,47%, YE 9,21% ga. Operatsiyaning eng shikastli bosqichlarida si, yurak urishi, UI mos ravishda 34,26%, 40,55% va 13,12% ga oshdi ($p<0,05$) va tadqiqotning oldingi bosqichiga nisbatan bu ko'rsatkichlar noto'g'ri o'zgartirildi. Operatsiya oxirida operatsiyaning travmatik momenti bosqichiga nisbatan Markaziy va periferik



gemodinamikaning ko'rsatkichlari biroz o'zgardi. Shunga qaramay, gemodinamik ko'rsatkichlar maqbul darajada saqlanib qoldi va ichki organlar, shu jumladan miya ishemiyasi rivojlanish xavfi yo'q edi, deb ta'kidlash mumkin. Fentanil qon tomir tonusining pasayishi tufayli aniq qon aylanish depressiyasini keltirib chiqaradi. Qon aylanishining daqiqali hajmining ko'payishi va umumiy periferik qon tomir qarshilikning pasayishi fenomeni preparatni qabul qilishga vaqtinchalik boshlang'ich reaksiya sifatida tavsiflanadi, keyinchalik qon aylanishining daqiqali hajmining pasayishi va umumiy periferik qon tomir qarshilikning asl holiga qaytishi kuzatiladi.

Xulosalar: Bolalardagi kardiojarrohlik operatsiyalarida fentanil va natriy oksibutirat bilan kardiojarrohlik anesteziyasi Markaziy va periferik gemodinamika ko'rsatkichlarining kompensatsiyalangan o'zgarishi bilan birga keldi, bu bola tanasini operatsion shikastlanishdan samarali anesteziologik himoya qilishni ko'rsatadi.

YURAK YETISHMOVCHILIGI BO'LGAN BEMORLARDA EKZOGEN FOSFOKREATINNING SAMARADORLIGI

Qodirov X.N. , Abdulayeva K.X., Uzbekova N,R
Andijon davlat tibbiyot institute

Mavzuning Dolzarbligi :

Surunkali yurak yetishmovchiligi III-IV funksional sinf bilan og'riqan bemorlarni ekzogen fosfokreatin (neoton) bilan davolanilgandagi samaradorligini ko'rib chiqish

Tadqiqot Maqsadi:

Surunkali yurak yetishmovchiligini davolashda ekzogen fosfokreatinning samaradorligini o'rganish.

Tadqiqot material va usullari :

Surunkali yurak yetishmovchiligi III-IV funksional sinf NIHA bilan kasallangan 30 bemor yurak-o'pka qon aylanishi sharoitida koronar bypass grefti (22 bemor) va ulardan koronar arteriyalarni stentlash (8 bemor) dan so'ng tekshirildi. 2 ± 1 yil) Surunkali yurak yetishmovchiligi belgilari namoyon bo'lishidan oldin jarrohlik yoki endovaskulyar miokard revaskulyarizatsiyasi amalga oshirildi. Davolash boshlanishidan oldin barcha bemorlarga koronar, shuntografiya o'tkazildi. Va tekshiruv natijalarini ko'rib chiqqandan so'ng, tadqiqotga kiritilgan bemorlarga miyokardning takroriy revaskulyarizatsiyasi koronar arteriyalardi. Ekzogen fosfokreatin (neoton) bilan davolash 7-15 kun davomida (o'rtacha 12 ± 2 kun) 2-5 gramm (o'rtacha $3\pm 0,5$ gramm) sutkalik dozada amalga oshirildi. Bemorlarga 2-6 oylik interval bilan (o'rtacha $4\pm 0,6$ oy) 2- kurs (o'rtacha $3\pm 0,4$) o'tkazildi. Davolash samaradorligi terapiyadan oldin va keyin NIHA tomonidan Surunkali yurak yetishmovchiligi III-IV funksional sinf ni aniqlash orqali baholandi.

Tadqiqot natijalari:

Olingan natijalarni tahlil qilganda, tadqiqotga kiritilgan 22 (55%) bemorda neoton bilan davolash fonida jismoniy mashqlar tolerantligining oshishi aniqlandi. Umuman olganda,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



guruhda Surunkali yurak yetishmovchiligi $3,3 \pm 0,4$ dan $2,7 \pm 0,5$ gacha ($p < 0,001$) sezilarli pasayish kuzatildi. Ekzogen fosfokreatinin bilan davolash paytida yurak yetishmovchiligining pasayishi ko'rinishidagi yuklarning bardoshliligining saqlanib qolishi preparat bilan davolanishni to'xtatgandan keyin 5 oydan 13 oygacha (o'rtacha 9 ± 2) kuzatildi. NEOTONNING eng katta samaradorligi Surunkali yurak yetishmovchiligi III funktsional sinf bo'lgan bemorlarda qayd etilgan. Shunday qilib, 30 bemorning 19 tasida (61%) Surunkali yurak yetishmovchiligi III funktsional sinf dan NIHA gacha jismoniy mashqlar uchun tolerantlikning oshishi aniqlandi. Surunkali yurak yetishmovchiligi IV funktsional sinf bilan og'riqan bemorlarda davolash samaradorligi atigi 33% ni tashkil etdi. Ekzogen fosfokreatinning yon ta'siri 4 (10%) bemorda kuzatilgan va o'zini namoyon qilgan o'rtacha gipotenzianing rivojlanishi, bu tomonidan to'xtatilgan preparatning infuziya tezligining pasayishi va preparatni bekor qilishni talab qilmadi.

Xulosalar:

- 1) Surunkali yurak yetishmovchiligi III-IV funktsional sinf bilan og'riqan bemorlarni ekzogen fosfokreatin (neoton) bilan davolash, koronar arteriyalarni stentlash sharoitida Teri osti koronar aralashuvi o'tkazilgandan so'ng, bemorlarning 55 foizida yurak yetishmovchiligini kamaytirish va jismoniy faoliyatga chidamliligini oshirish imkonini beradi;
- 2) Miyokardni takroriy revaskulyarizatsiya qilishning iloji bo'lsa, ushbu preparatni Surunkali yurak yetishmovchiligi kompleks terapiyasiga kiritish tavsiya etiladi.

SIMULYATSIYA TEXNOLOGIYASI BOLALAR UCHUN SHOSHILINCH TIBBIY YORDAMNI OPTIMALLASHTIRISH VOSITASI SIFATIDA

Qodirov X.S.

Davolash fakulteti uchun pediatriya kafedrasida
Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarblik. Amaliy faoliyatda pediatr ko'pincha shoshilinch terapiyani talab qiladigan o'tkir holatlarga duch keladi. Shoshilinch tibbiy yordam asoratlarni rivojlanish xavfi yuqori, qisqa muddatli yordam, standart ish sharoitlarining yo'qligi, shoshilinch sharoitlarni prognoz qilishning cheklangan imkoniyatlari bilan bog'liq. JSST ma'lumotlariga ko'ra, hayot uchun xavfli vaziyatlar 25% hollarda bolalarda uchraydi.

Tadqiqotning Maqsadi. Simulyatsiya texnologiyalari yordamida shifokorlar va talabalarni bolalarga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishga tayyorlash sifatini oshirish.

Materiallar va tadqiqot usullari. 2022 yilda Andijon viloyatida bolalar o'limi darajasi 2023 yilga nisbatan kamaydi. 7,9% dan 6,5 % gacha (21,2% ga), birinchi navbatda, yangi tug'ilgan chaqaloqlar o'limining 2017 yildagi 4,5% dan 2018 yilda 3,5% gacha (24,4% ga).

Tadqiqot natijalari. Yaratilgan simulyatsiya ta'lim kursi asosiy va kengaytirilgan kardiopulmoner reanimatsiyani amalga oshirishda shifokorning kasbiy ko'nikmalarini o'rganish va sifatini nazorat qilishni yaxshilashga imkon beradi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Kardiopulmoner reanimatsiya bo'yicha bilim va amaliy ko'nikmalarni baholash uchun ishlab chiqilgan ball-reyting tizimi shifokorning kasbiy ko'nikmalarini nazorat qilishni standartlashtirishga, shifokorning bolalarga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishga tayyorligini aniqlashga va o'qitish zarurligini aniqlashga imkon berdi.

Ball-reyting tizimi yordamida kardiopulmoner reanimatsiyaning eng qiyin ko'nikmalari aniqlandi: shoshilinch tibbiy yordam shifokorlari guruhida tavsiya etilgan siqish chuqurligiga rioya qilish (66,4%); uyda shoshilinch tibbiy yordam shifokorlari guruhida siqish davrlari orasidagi intervalga rioya qilish (47,9%); rezidentlar va stajyorlar uchun tavsiya etilgan hajmda nafas olishni qo'llab-quvvatlashni amalga oshirish (54%); talabalar (51%).

Shoshilinch tibbiy yordam shifokorlarining "jamoadan ishlash" simulyatsiya o'quv dasturini yaratish va amalga oshirish reanimatsiya choralari samaradorligini 12% dan 84% gacha oshirishga imkon berdi ($p < 0,05$).

Yaratilgan shaxsiylashtirilgan shifokorlar reestri bilimlarning assimilyatsiyasini hisobga olgan holda o'quv jarayonini samarali rejalashtirishga, har bir shifokorning kognitiv o'sish dinamikasini kuzatishga, kursantlar guruhlarini bilim darajasi va individual xususiyatlariga muvofiq shakllantirishga imkon beradi.

Shoshilinch tibbiy yordam shifokorlari orasida reanimatsiya qobiliyatlari sifatining 97,2% dan 50,6% gacha pasayishi aniqlandi ($p < 0,05$) 2 yil oxiriga kelib, takroriy simulyatsiya kurslarini 2 yilda bir marta o'tkazish qoidalari belgilanadi.

Xulosa. Yuqoridagilar IPRN tizimini rivojlantirishning maqsadga muvofiqligini aniqlaydi, bu esa Neonatologiyada muhim sharoitlarda malakali tibbiy yordam ko'rsatish sifatini oshirishga imkon beradi, bu esa o'qishga "turdosh mutaxassislar" (birinchi navbatda pediatrlar) va o'rta tibbiyot xodimlarini jalb qilish orqali amalga oshiriladi. qisqa muddatli (masalan, 18 soatlik) dasturlarni amalga oshirish (to'liq O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan tavsiya etilgan "Neonatologiyada intensiv terapiya - amaliy ko'nikmalar", "klinik akusherlik", "akusherlik va ginekologik kasalxonalarda behushlik, intensiv terapiya va reanimatsiya"). Ammo ushbu yo'nalishni (o'qituvchilar tizimini) rivojlantirish sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan qonuniy qo'llab-quvvatlashni o'z ichiga oladi.

PEDIATRIYA AMALIYOTDA O'QUV JARAYONIDAGI SIMULYATSIYA USULLARI

Qodirov X.S.

Davolash fakulteti uchun pediatriya kafedrası

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Talabalarning nazariy tayyorgarligining asosiligi har doim mahalliy ta'limga xos bo'lgan. Biroq, muvaffaqiyatli mehnat faoliyati va qo'yilgan kasbiy vazifalarni hal qilish qobiliyati uchun talabalar universitetda o'qiyotganda ham amaliy ko'nikmalarni etarlicha yuqori darajada egallashni o'rganishlari kerak.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Shu bilan birga, bugungi kunda talabalarning o'quv muassasasi asosida amaliy ko'nikmalarni egallashi ko'plab sabablarga ko'ra (moliyaviy, tashkiliy, axloqiy) qiyin bo'lishi mumkinligi ma'lum.

Shunday qilib, talabalarni amaliy ko'nikmalarni rivojlantirish uchun zarur vositalar bilan ta'minlash har doim ham mumkin emas, ko'pincha o'rganilayotgan jarayonlarning tezkorligi eksperimentda sodir bo'lgan o'zgarishlarni qayd etish va tushunishga imkon bermaydi, ba'zi hollarda amaliy ishlarni mustaqil ravishda bajarish talabalar salomatligi uchun xavfli emas. Pediatriya fakulteti bo'yicha o'qitish ilgari uchinchi va to'rtinchi kurslarda, hozir to'rtinchi kursda o'tkazilgan va imtihon beshinchi kursda endokrinologiya bilan birgalikda o'tkaziladi.

Tadqiqotning Maqsadi. Tibbiyot universitetida pediatriyani o'qitishning didaktik turlarining simulyatsiya o'qitish texnologiyalarini o'rganish.

Tadqiqot usullari. Fakultet va gospital pediatriyasining metodologik asosini tibbiyot universitetida o'qitish jarayonlarining aniq fanlararo integratsiyasi va differentsiatsiyasi tashkil etadi.

Tadqiqot natijalari. Interfaol usullarning mohiyati shundaki, o'qitish barcha talabalar va o'qituvchilarning o'zaro ta'sirida amalga oshiriladi. Ushbu usulning vazifalari talabalarning o'rganishga bo'lgan qiziqishini uyg'otish, o'quv materialini samarali o'zlashtirish, echimlar va echimlarni mustaqil izlash (taklif qilingan variantlardan birini tanlash yoki o'z variantini topish), jamoada ishlashni o'rganish, talabalar o'rtasida o'z fikrlarini shakllantirishdir. Eng keng tarqalganlari-davra suhbat (munozara, munozara), miya hujumi (Brainstorm, miya hujumi), Case-study (muayyan vaziyatlarni tahlil qilish, vaziyatni tahlil qilish), master-klasslar, kichik guruhlarda ishlash, o'quv o'yinlari (rol o'ynash, taqlid qilish, biznes, ta'lim va boshqalar).

Interfaol o'qitish usullari nafaqat har bir talabaning qobiliyatlarini namoyon etishga imkon beradi, balki ularning shakllanishi va takomillashishiga faol hissa qo'shadi. Ular talabalar mustaqil ravishda bilimlarni kashf etadigan va quradigan vaziyatni yaratishga imkon beradi.

Kelajakdagi kasbni egallash jarayonida bunday shakllangan mahoratning ahamiyati shubhasizdir.

Xulosa. Ko'rib chiqilayotgan vaziyatni tahlil qilish asosida biz didaktik muammo hali etarlicha ishlab chiqilmagan degan **Xulosaga** kelishimiz mumkin. Shu munosabat bilan, differentsial diagnostik qidiruvni o'zlashtirish faoliyati tarkibiga bilish ob'ekti va predmeti, kognitiv faoliyat usuli, shakllangan bilim darajasi va hajmi va ularning aloqalari, differentsial diagnostik qidiruvning borishi va darajalari kiritilishi kerak.

Xulosa. Shunday qilib, simulyatsiya texnologiyasi, albatta, kommunikativdir, chunki u o'quv jarayoni ishtirokchilari o'rtasida aloqa va o'zaro aloqani o'rnatishni o'z ichiga oladi. Ongga kirib boradigan ma'lumotlar uning faol ishini boshlaydi va natijada teskari axborot jarayonini, javobni, harakatni boshlaydi.



PEDIATRIYA FANINI O'QITISHDA SIMULYATSIYA TEXNOLOGIYALARI MISOLIDA

Qodirov X.S.

Davolash fakulteti uchun pediatriya kafedrası

Andijon davlat tibbiyot institute

Kirish. Simulyatsiya mashg'ulotlarining amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish sifatiga ta'siri uchun an'anaviy o'qitish va simulyatsiya mashg'ulotlarini taqqoslang. Birinchisining afzalliklari quyidagilardan iborat: turli bemorlar bilan o'zaro munosabatlar tajribasi; mutaxassislarining harakatlarini kuzatish qobiliyati; klinik fikrlashni rivojlantirish; mustaqil faoliyatga tayyorgarlik. Ammo uning kamchiliklari ham bor: hamma talabalar ham harakatni mustaqil ravishda bajarish imkoniyatiga ega emaslar; o'quv jarayonida xato qilish ehtimoli katta; bemorning sifatli yordam ko'rsatish huquqini buzish; kompetentsiyaga erishish darajasini pedagogik nazorat qilish (uning asoslari bilan harakatlarni bajarish) har doim ham mumkin emas.

Talabalarni o'qitishning **Maqsadi** yangi tug'ilgan chaqaloqlar, bolalar va o'spirinlarga tibbiy yordam ko'rsatishda mavjud kasbiy kompetentsiyalarni takomillashtirish va yangi nazariy va amaliy ko'nikmalarni egallashdir.

Materiallar va tadqiqot usullari. Simulyatsiya va an'anaviy texnologiyalardan foydalangan holda qo'llaniladigan o'quv modeli talabalarining malakasini baholash uchun anonim so'rovnoma o'tkazildi, unda ikkinchi kursning 49 nafar talabasi, Pediatriya mutaxassisligi bo'yicha tibbiyot instituti ishtirok etdi.

Tadqiqot natijalari. O'qitish bir xil turdagi bo'limlar bo'yicha amalga oshiriladi: talabalarining asosiy sinovlari va so'rovnomalari; ma'ruza kursi ma'ruzalar va seminarlar; individual va jamoaviy hamkorlikda turli darajadagi murakkablikdagi manekenlarda amaliy ko'nikmalarni rivojlantirish; stsenariylarni ijro etish, turli homiladorlik davridagi bolalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish bilan haqiqiy klinik vaziyatlarni modellashtirish bilan bog'liq muammolarni hal qilish; videolarni tomosha qilish va xatolarni batafsil tahlil qilish.

So'nggi 5 yil davomida bizning kafedramizda pediatriya va Neonatologiyada amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish bo'yicha darslarda traxeyani intubatsiya qilish, mexanik shamollatish (ventilyator) va boshqalar, yangi tug'ilgan chaqaloq va o'spirinning manekenlari bilan chaqaloqning boshi manekenidan foydalanilmoqda.

So'nggi uch yil ichida hayvon (biologik) modelini qo'llash - quyon tana go'shti, kamroq – tovuq, amaliy ko'nikmalar va manipulyatsiyalarni bajarish uchun juda yaxshi natijaga ega. Ushbu simulyatsiya texnologiyasi-hayvon modelidan foydalanish-oddiy manekenlar, simulyatorlar va boshqalardan foydalanish kabi "ibtidoiy" toifaga kirganiga qaramay, u hayvon to'qimalarining hissiyotlari, teginish hissi (mushak, suyak), anatomik belgilarni aniqlashning aniqligi bo'yicha juda ishonchli natijalarga ega.

Bizda quyidagi amaliy ko'nikmalar va manipulyatsiyalar takomillashtiriladi: orqa miya punktsiyasi, plevra bo'shlig'ini ponksiyon va drenajlash, perikard ponksiyoni, kindik tomirlarini



kateterizatsiya qilish (taqlid), tikuv: "Z" shaklidagi, kiset, Markaziy venoz bosimni o'lchash texnikasi (CVP) va boshqalar. Talabalar uchun yumshoq to'qimalarda turli xil manipulyatsiyalarni, quyon tana go'shtining suyak tuzilmalarini, anatomik belgilarning yaqinligini, hayvon modelida amaliy ko'nikmalarni bajarishda qiyinchiliklarni aniqlash paytida taktil sezgilarni 5 balli baholash bilan anketa ishlab chiqilgan. 130 ta so'rovnomanini o'z ichiga olgan so'rov natijalariga ko'ra, 112 respondent (86,1%) hayvon modelida ishlashni 4-5 ballga baholagan.

Xulosa. Shunday qilib, simulyatsiya o'qitish metodikasi mutaxassisni amaliy ishlarga tayyorlashda eng samarali hisoblanadi va zamonaviy dunyoda xatolar sonini kamaytirish va tibbiyot xodimlarini tayyorlash va qayta tayyorlash sifatini oshirishga qodir yagona innovatsion pedagogik texnologiya hisoblanadi.

TIBBIY-BIOLOGIK FANLAR BO'YICHA NAZARIYOT VA AMALIYOTGA YANGI TAVSIYALAR, STANDARTLARNI QO'LLASH

Qurbonmurodova N.Z., Ro'zimatov F.I
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Annotatsiya: Zamonaviy ta'lim o'quvchilarning bilim olishdagi faolligini oshirishga qaratilgan.

Tibbiy ta'limning o'ziga xos xususiyatlari bor. Tibbiy bilimlar va tibbiy faoliyatning **Maqsadi** - inson hayotini saqlab qolish hamda sog'lom bo'lishga ko'maklashishdir.

Kalit so'zlar: biznes, interaktiv usullar, biotibbiyot fanlari, rolli va vaziyatli o'yinlar, zamonaviy o'qitish usullari

Kirish: Kelgusi yillarda ta'lim qanday bo'ladi? Tibbiyot ta'limining rivojlanish tendentsiyalari qanday? Bunday savollar behuda emas. Axborot texnologiyalari yutuqlari har kuni iqtisodiyot va hayotning barcha jabhalariga tom ma'noda keng tarqalayotgan shiddatli asrimizda jamiyatning yaqin yillardagi rivojlanish yo'nalishlarini belgilab beradigan raqobatbardosh mutaxassislarni tayyorlash birinchi raqamli vazifaga aylanadi. Qanday qilib biotibbiyot fanlarini (MBD) o'qitishni zamonaviy o'qitish usullariga yaqinlashtirishimiz mumkin? Zamonaviy ta'limning asosiy ko'rsatkichi (shaxsiy yo'naltirilgan) - bu o'quvchilarning o'zlarining faolligi, ya'ni talabalarning faolligi. O'qituvchi yordamchi bo'lib, u o'z-o'zini rivojlantirish, kasbiy faoliyat asoslarini mazmunli rivojlantirish va bo'lajak shifokorlarning kasbiy ongini rivojlantirish uchun psixologik-pedagogik sharoitlarni yaratadi.

Asosiy qism: Bugungi kunda jamiyat taraqqiyotida ilm-fan kashfiyotlari, shu jumladan tibbiy-biologik fanlarda yangi biotibbiy texnologiyalar va tadqiqotlarda erishilgan yutuqlar tibbiyotning fan va faoliyat shakli sifatidagi qiyofasini tubdan o'zgartirmoqda.

Shifokor mahorati uning kasallik etiologiyasi va patogenezini nechog'li yaxshi o'zlashtirgani, tashxis qo'yish va davolash metodlarining samaradorligi bilangina emas, bemor bilan muloqotga

Kirisha olish, unga maslahat berish, bemorning shifo topishiga bo'lgan umidini so'ndirmaslik,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



unga yangi umid bera olish mahorati bilan ham o'lganadi. Inson to'g'risidagi fan tibbiy-biologik fan yo'nalishlari bilangina cheklanib qolmasdan, ijtimoiy-gumanitar bilimlar hamda ma'naviy yuksaklikni ham nazarda tutadi, shuning uchun shifokorning axloqi bilan bog'liq masala tibbiy faoliyatning ajralmas qismidir.

Insoniyat taraqqiyotida salomatlik masalasining globalizatsiyasi, boshqa tomondan biotibbiy tadqiqotlardagi muvaffaqiyatlar bugungi kunda tibbiyotning fan va faoliyat shakli sifatidagi qiyofasini tubdan o'zgartirdi, uning tarkibidagi qadriyatlar tizimiga yanada ko'proq urg'u berila boshlandi. Bugungi kun shifokori bola tug'ilishi, inson hayoti va o'limi, inson xulq-atvoriga ta'sir ko'rsata oladigan vositalarga ega shaxsdir. Shifokorning xatti-harakatlari demografiya, iqtisod, huquq va ma'naviyatga ta'sir eta oladi. Zamonaviy meditsinaning axloqiy talablari kundan kun ko'proq ahamiyat kasb etib bormoqda. Tibbiyot xodimining professional kompetentligini shakllantirish o'z ichiga tibbiy bilimlarni oshirishga hamda maxsus bilim va ko'nikmalarni egallashga jadal harakat qilish (tibbiy xizmat sifati olingan ta'lim va bilimdan ortiq bo'la olmaydi) nazarda tutadi.

Qanday qilib biotibbiyot fanlarini (MBD) o'qitishni zamonaviy o'qitish usullariga yaqinlashtirishimiz mumkin? Zamonaviy ta'limning asosiy ko'rsatkichi (shaxsiy yo'naltirilgan) - bu o'quvchilarning o'zlarining faolligi, ya'ni talabalarning faolligi. O'qituvchi yordamchi bo'lib, u o'z-o'zini rivojlantirish, kasbiy faoliyat asoslarini mazmunli rivojlantirish va bo'lajak shifokorlarning kasbiy ongini rivojlantirish uchun psixologik-pedagogik sharoitlarni yaratadi. Ta'lim jarayoni mutaxassisning malaka xususiyatlarida shakllantirilgan va tegishli ta'lim mazmunini o'zlashtirishdan iborat bo'lgan o'quv maqsadlariga erishishga qaratilgan. O'qitishning "faol yoki interaktiv usullari" tushunchasi ancha vaqtdan beri mavjud. Bularga biznesning barcha turlari, rolli va situatsion o'yinlar, "aqliy hujum", "umumiy hubbub", og'zaki uyushmalar, ma'lumotlarni ko'paytirish, loyihalar, "zanjir", "hamma hammaga o'rgatadi", "qora quti", "zaif bo'g'in" kiradi. Mantiqiy vazifalar va boshqalar. Tibbiyotda biznes, rol o'ynash va vaziyatli o'yinlar umumiy maqsadlarga ega:

- talabalarni kasalliklarni aniqlash va bemorlarni davolashda shifokorning kasbiy amaliy faoliyatiga nihoyatda yaqin bo'lgan intellektual faoliyat muhitiga singdirish;
- to'g'ri va noto'g'ri harakatlar va qarorlarga qarab o'yinchilar uchun dinamik o'zgaruvchan rasm yaratish;
- mas'uliyatli tarbiyaviy funktsiyani amalga oshirish;
- eng qisqa vaqt ichida differentsial diagnostika o'tkazish va davolashning eng oddiy va eng qulay usullaridan foydalangan holda optimal davolash taktikasini belgilash qobiliyati;
- bemorlar va ishdagi hamkasblar bilan muloqot qilish uchun maqbul psixologik muhitni shakllantirish.

XULOSA. Darslarning samaradorligi ko'p jihatdan o'qituvchiga bog'liq. Bugungi kunda, ayniqsa, ta'limdagi konservativ qarashlardan, o'quvchilar bilan munosabatlarda avtoritarizmdan voz kechish, zamonaviy va demokratik bo'lishimiz, ilm-fan, axborot va pedagogik texnologiyalarning eng so'nggi yutuqlarini bilishimiz, ularni o'quv jarayoniga mohirona tatbiq etishimiz zarur.



METABOLIK SINDROMLI BEMORLARDA ANTIHIPERTENZIV TERAPIYA

Qurbonova D. I.

Farmakologiya, klinik farmakologiya va tibbiy biotexnologiya kafedrası

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Metabolik sindrom (MS) 2-toifa yurak-qon tomir kasalliklari va diabet mellitus (dm) uchun xavf omillari majmuasidir. MS ning asosiy tarkibiy qismlari arterial gipertenziya (ah), semirish, uglevod va lipid metabolizmining buzilishi. Hozirgi kunda dunyoning aksariyat mamlakatlarida MS bilan kasallanish tendentsiyasi kuzatilmoqda.

MS ning prognostik qiymati yurak-qon tomir xavfining ko'plab omillarining kuchli ta'siri bilan belgilanadi, ularni tuzatish terapevtik va profilaktika choralarining muhim yo'nalishi bo'lib tuyuladi. MSda qon bosimi darajasini (BP) tuzatish plazma glyukoza, umumiy xolesterin, tana vazni va boshqa xavf omillarini diqqat bilan nazorat qilish bilan parallel ravishda amalga oshirilishi kerakligi haqidagi tezis shubhasizdir.

Tadqiqotning Maqsadi. Tadqiqotning Maqsadi metabolik sindromli bemorlarda ikkita antihipertenziv dorilarni qo'llash bilan qon bosimining maqsadli darajasiga erishish, shuningdek ularning tizimli metabolik ta'sirini o'rganishdir.

Materiallar va tadqiqot usullari. Dastlab, 35-59 yoshdagi 100 nafar ah va/yoki semirib ketgan bemorlar metabolik sindromni aniqlash uchun tekshiruvdan o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Metabolik sindromli AG bilan og'rigan bemorlarda yallig'lanish va insulin tan olinishining dastlabki ko'rsatkichlari.

MS bilan og'rigan bemorlarda Bvsrb boshlang'ich darajasi 3,37 (2,3; 6,4) mg/l ni tashkil etdi, bu nazorat guruhidagi shunga o'xshash ko'rsatkichdan 36,5% yuqori ($p < 0,001$). Sam-1 darajasi dastlab 331,6 (297,3; 396,4) ng/ml ni tashkil etdi, bu nazorat guruhidagi shunga o'xshash ko'rsatkichning 29,2% ga yuqori ($p < 0,003$). Nom indeksining boshlang'ich ko'rsatkichi 3,82 (2,93;4,40) ni tashkil etdi, bu shunga o'xshash ko'rsatkichdan 45,3% ga oshdi ($p=0,006$)

Bizning tadqiqotimizda maqsadli qon bosimi darajasiga erishish uchun nifedipinning retard shakli ikkinchi dori sifatida ishlatilgan. Eksperimental va klinik tadqiqotlarda kaltsiy antagonistlari - uzoq muddatli dihidropiridinlar - aterosklerotik ta'sirga ega bo'lib, chap qorincha gipertrofiyasi va mikroalbuminuriyani kamaytirishga yordam beradi. ALLHAT, ELSA va STONE tadqiqotlarida uzoq muddatli kaltsiy antagonistlari yurak-qon tomir asoratlarini kamaytirish nuqtai nazaridan Ace inhibitörleri, diuretiklar va beta-blokerlardan kam emasligini ko'rsatdi.

The INSIGHT tadqiqoti yuqori koronar xavfga ega bo'lgan bemorlarda ($n=6321$) nifedipin GITS diabet bilan kasallanish diuretiklarga qaraganda ancha past ekanligini isbotladi. Nifedipinning retard shaklini tanlash, shuningdek, MS bilan og'rigan bemorlarning 55 foizida SAPR (miokard infarkti va/yoki kuchlanish angina pektorisi) tashxisi qo'yilganligi bilan bog'liq.



3 oylik tadqiqot natijalariga ko'ra, MS bilan kasallangan bemorlarning 18 (90%) qon bosimining maqsadli darajalariga erishdilar. Olingan natijalarni tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, 11 bemorda bu ta'sir kuniga 6 mg spirapril monoterapiyasi fonida olingan, 9-oraliq bosqichda MS bilan og'riqan bemorlarga kuniga 40 mg nifedipin retard buyurilgan.

Bemorlarga antihipertenziv terapiya fonida turmush tarzini o'zgartirish (parhez va muntazam jismoniy mashqlar) bo'yicha og'zaki tavsiyalar berilgan bo'lsa ham, antropometrik ko'rsatkichlar o'zgarmadi. Bemorlarning o'rtacha vazni $89,2 \pm 5,7$ kg, davolanishdan so'ng bu ko'rsatkich $89,8 \pm 5,6$ kg ni tashkil etdi. shunga o'xshash ma'lumotlar BMI (tadqiqotdan oldin $32,5 \pm 0,9$ kg/m², keyin $32,8 \pm 0,9$ kg/m²) va bel atrofi (tadqiqotdan oldin 104 ± 2 sm, keyin 104 ± 3 sm).

Tadqiqotga qo'shilish vaqtida barcha bemorlarda ir ($>2,27$, HOMA IR) aniqlangan bo'lsa, bemorlarning 60 foizida uglevod almashinuvining buzilishi aniqlangan: glyukoza bardoshliligi va yuqori ro'za glikemiyasining kombinatsiyasi (30%); yuqori ro'za glikemiyasi (20%) va glyukoza bardoshligining buzilishi (10%).

Antihipertenziv terapiya fonida ro'za tutadigan glyukoza darajasi (davolanishdan oldin - $6,0 \pm 0,3$ mmol/l, keyin - $5,8 \pm 0,3$ mmol/l) va TSH fonida 2 soatdan keyin (davolanishdan oldin - $7,0 \pm 0,6$ mmol/l, keyin - $6,7 \pm 0,5$ mmol/l) deyarli o'zgarmadi. Shu bilan birga, och qoringa qonda immunoreaktiv insulin konsentratsiyasining 34 foizga va insulin qarshiligi markerining (HOMA IR) 35 foizga sezilarli darajada pasayishi kuzatildi.

Xulosa. Shunday qilib, Ace inhibitori - spirapril va kaltsiy antagonist dihidropiridin seriyasining kombinatsiyasi - nifedipinning retard shakli metabolik sindromli bemorlarda antihipertenziv terapiyaning samarali va xavfsiz kombinatsiyalaridan biri sifatida qaralishi mumkin.

PROSTAGLANDINLARNING BACHADON BO'YNI TAYYORLASH VA BIRINCHI HOMILADOR AYOLLARDA TUG'ILISHNI QO'ZG'ATISH SAMARADORLIGI

Qurbonova D I.

Farmakologiya, klinik farmakologiya va tibbiy biotexnologiya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzablik. Ilmiy va amaliy akusherlik uchun homilador ayol tanasining fiziologik va murakkab homiladorlik davrida tug'ilishga tayyorligini shakllantirish xususiyatlarini o'rganish katta ahamiyatga ega.

Tadqiqotning Maqsadi. Homilador ayolning tanasini tug'ruqqa tayyorlash va turli akusherlik holatlarida mehnatni rag'batlantirish uchun prostaglandin E_i dan foydalanish xavfsizligi va samaradorligini baholang.

Materiallar va tadqiqot usullari. Biz homilador ayollarni tug'ilishga misoprostolni 50 mkg dozada buyurish, homiladorlikning III trimestrida 106 homilador ayolga intravaginal ravishda yuborish orqali tayyorladik. 103 bemorning homiladorlik davri 39-40 haftani tashkil etdi. Barcha



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



homilador ayollarda tug'ilishga biologik tayyorlik yo'q edi (bachadon bo'yni yetilmagan), bu induksiyani boshlash uchun asos bo'lib xizmat qildi va 3 homilador ayolda homiladorlik davri 36-37 haftaga to'g'ri keldi., bunday hollarda homiladorlikning erta tugashining ko'rsatkichi uzoq muddatli o'rtacha gestoz edi. Ci bemorini yoshi, pariteti va ginekologik tarixi bilan solishtirish mumkin edi.

Tadqiqot natijalari. O'tkazilgan tadqiqotlar natijasida tug'ruq paytida ayollarning 99 (93,3%), 3 (2,8%) da erta tug'ilish va 3 (2,8%) da kech tug'ilish borligi aniqlandi.

Misoprostolni 50 mkg dozada qo'llaganidan keyin tug'ilishning umumiy davomiyligini o'rganayotganda, intravaginal ravishda, primiparlarda oxirgi $7,1 \pm 0,3$ soatni tashkil etdi, shu bilan birga 16 ayolda $6,1 \pm 0,3$ soat davom etdi. Tug'ilish aktining maksimal davomiyligi $8,7 \pm 0,05$ soatni tashkil etdi.

Preparatni qo'llashdan keyin bachadon bo'yni etukligi holati Bishop shkalasi bo'yicha baholandi. Lo tadqiqoti ko'rsatganidek," etuk " bachadon bo'yni 65 (59,6%) ayollarda induksiya boshlanganidan bir necha soat o'tgach (2-3 soat) aniqlangan, 18 (16,5%) da bachadon bo'yni etukligining IV darajasi 4-5 soatdan keyin qayd etilgan. induksiya boshlanganidan keyin. Qolgan 26 (23,8%) bemorlarda "etuk" bachadon bo'yni preparat kiritilgandan keyin 6 soatdan keyin qayd etiladi.

50 mkg misoprostolni bir marta yuborishdan keyin muntazam qisqarish vaqti katta qiziqish uyg'otadi. Misoprostol tomonidan induksiya qilinganidan beri 67 (63,2%) ayollarda muntazam Kasilmalar paydo bo'ldi, ulardan 56 nafari primipar edi, bu 52,8%, 2 soatdan ko'prog'i – 38 (35,8%), shundan 26 nafari primipar edi, bu 24,5% ni tashkil qiladi. Shunday qilib, bemorlarning 2/3 qismida muntazam mehnatning paydo bo'lishi 50 mkg misoprostolni intravaginal yuborishdan keyin dastlabki 2 soat ichida kuzatiladi.

Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, amniotik suyuqlikning o'z vaqtida oqishi 38 (35,8%) ni tashkil etdi. Mehnatning zaifligi 9 holatda (8,09%) qayd etilgan, bu bemorlarga oxi totsinni kiritish orqali qo'shimcha rodostimulyatsiya qo'llanilgan. Shuni ta'kidlash kerakki, hech bir bemorda bachadonning giperstimulyatsiyasi bo'lmagan.

Mehnat induksiyasi natijasida 106 ta yangi tug'ilgan chaqaloq paydo bo'ldi, 3 (2,08%) erta tug'ilgan chaqaloqlar, o'rtacha darajadagi gestoz bilan bog'liq gipotrofiya belgilari bilan.

"Sof" prostaglandin induksiyasi natijasida tug'ilgan bolalar Apgar shkalasi bo'yicha o'rtacha 8/8 ball bilan baholanadi, bu esa normaga mos keladi. Moslashuv davri asoratlarsiz davom etdi va 5-6-kuni ular uyga qoniqarli holatda tushishdi. Qo'shimcha ravishda oksitotsin 9 rodostimulyatsiyasi (8,09%) qo'llaniladigan tug'ruq paytida tug'ilgan yangi tug'ilgan chaqaloqlar ham qoniqarli holatda bo'lib, Apgar bo'yicha 7/8 ball bilan baholandi. Biroq, ushbu guruhdagi moslashish davri ba'zi asoratlar bilan davom etdi. Shunday qilib, jarohatlar homila boshining shikastlanishi 2 (22,2%) yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qayd etilgan, shuning uchun bu 2 yangi tug'ilgan chaqaloq 7-8 kunga bo'shatilgan, qolgan 7 bolada moslashish davri patologik anormalliklarsiz davom etgan. Gipotro belgilari bo'lgan 3 ta erta tug'ilgan chaqaloq 5-kuni fii davolash bo'limiga o'tkazildi.



Biz o'rgangan guruhdagi bemorlarda tug'ruqdan keyingi va erta davrlar hech qanday asoratlarsiz xavfsiz o'tdi. Gipo-va atonik qon ketish hech qanday holatda qayd etilmagan. Barcha tug'ruqxonalar tug'ilgandan 5-6 kun o'tgach chiqariladi.

Homiladorlik va tug'ish jarayoni, homila va yangi tug'ilgan chaqaloqning holatini klinik tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, homilador ayollarni tug'ilishga tayyorlash, bachadon bo'yni yetilmagan holda misoprostolni intravaginal yuborish orqali ko'pchilik homilador ayollarda samarali bo'lgan. Shuni ta'kidlash kerakki, bachadon bo'yni bir vaqtning o'zida tez pishishi va keyingi 2 soat ichida 2/3 bemorda tug'ruqqa **Kirish** mavjud.

Xulosa. PG EI dan foydalanish quyidagilarga imkon beradi:

- * homilador ayollarni tug'ruqqa samarali va qisqa vaqt ichida tayyorlash;
- * ona, homila va yangi tug'ilgan chaqaloqning holatiga salbiy ta'sir ko'rsatmasa, tug'ruqni muvaffaqiyatli o'tkazish;
- * amniotik suyuqlikning erta oqishi bo'lgan ayollarda, ayniqsa bachadon bo'yni yetilmagan bo'lsa, mehnatni samarali ravishda qo'zg'atish.

EI PG dan foydalanish har xil darajadagi akusherlik xavfi bo'lgan homilador ayollarda xavfsizdir va onaning, homilaning holatini va tug'ilish aktining borishini kuzatishning standart usullari bilan cheklanishga imkon beradi.

Preparatning arzonligi uni homilador ayollar va tug'ruqdagi ayollar uchun keng taqdim etadi, tug'ruq uchun dori-darmonlarni etkazib berish xarajatlarini kamaytiradi.

OILADA BOLA TARBIYASI

Z.M. Rahmatova

O z'bek tili va adabiyoti, tillar kafedrasida katta o'qituvchisi

Oilada ota-onalar o'zlarining tarbiya tizimini tuzadilar. Bunday tizim o'z oilasidan olgan tajriba, adabiyot ma'lumotlari hamda hayotiy voqealar bilan boyitilgan, o'zgalarning tarbiya jarayonida kuzatilgan va kimlardandir eshitgan o'g'itlari natijasida shakllangan ota-onalarning shaxsiy tajribalaridan kelib chiqadi.

Aslida, oilaviy tarbiyaning har qanday tizimi bu ota-onaning subyektivligini tushunish va uni amalga oshirish hisoblanadi. Ko'p jihatdan oilada bola tarbiya tizimi oilada qanday bola tarbiyalashda, unga qanday qadriyatlar, me'yor va axloq qoidalarini yetkazishga bog'liq. Uning ta'siri ostida shaxsning ijtimoiylashuvi, uning shaxs sifatida shakllanishi kuzatiladi. Oila tarbiyasi –bu ota-ona yoki ularning o'rnini bosadigan shaxslar (qarindoshlari, vasiylari) tomonidan amalga oshiriladigan bolalarni tarbiyalash. Bu asosan oilaviy tarbiya turiga bog'liq.

Shakllanayotgan shaxsga ta'sir qiluvchi oilaviy tarbiya turlari ajratiladi. Ular shaxs shakllanishining quyidagi turlariga bo'linadi: a) oiladagi maqomiy tarbiya: -fuqarolik tarbiyasi-muayyan jamiyat, hayot faoliyati muhiti, tasdiqlangan tamoyil, me'yor va qoidalarga javob beradigan fuqaroni tarbiyalash; dunyoviy tarbiya –“dunyo talablari”, axloq-odob talablariga



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



javob bera oladigan tarbiya; marginal (lot. Marginalis-chetda joylashgan) tarbiya- madaniyat darajasi bo'yicha ma'lum bir jamiyatning asosiy tarkibiy ijtimoiy shakllari, ustun bo'lgan ijtimoiy-madaniy me'yor va axloqiy an'analar doirasidan tashqarida bo'lgan shaxsni tarbiyalash; b) tarbiyaning ijtimoiy **Maqsadi:** milliy tarbiya –milliy tajriba, an'ana, udum ma'lum bir millat vakili shaxsini shakllantirishga qaratilgan tarbiya; diniy (konfessional) tarbiya – ma'lum bir diniy muhitda shakllangan konfessional ta'lim va tajribaga muvofiq ota-onalar mansub bo'lgan din; integral (lot. Integer-butun) tarbiya – millatlararo tajribalarga asoslangan, umumbashariy xarakterga ega, ko'plab ekologik omillar ostida rivojlanib, avloddan avlodga o'tadigan tarbiya; sinfiy tarbiya –shaxsni uning ma'lum bir ijtimoiy sinfga mansubligining o'ziga xosligini hisobga olib tarbiyalash. Bu o'ziga xoslik ishlab chiqarish vositalari, mehnat, odamlarga bo'lgan munosabatlar bilan belgilanadi; partiyaviy tarbiya –shaxsni muayyan bir partiyaviy qarashlar, munosabatlarga ega bo'lgan muhitda tarbiyalash. Uning asosida ideologiya yotadi. U avvalgi tarbiya turlarida ham ishtirok etadi. Bularning hammasi ota-onalar va kattalarda ijtimoiy ongning shakllangan ilmiy, diniy shakllariga bog'liq; v) shakllangan shaxs xususiyatlariga ta'sir qiluvchi oilaviy tarbiyaning xarakterologik xususiyatlari (uslub).

Tarbiya faoliyatining uslubiga bog'liqlikda P.F. Lesgaft (1837-1909) ta'kidlaganidek, oilada shakllangan vaziyat bola shaxsiyatiga mos xususiyatlar; ikkiyuzlamachilik, shuhratparastlik, yaxshi xulq, yumshoq, jahldor, jabrlangan holatlarda bo'lishda kuzatiladi. Oilaviy tarbiya uslubi ota-onalar va bolalar o'rtasidagi o'zaro tushuncha darajasida, umumiy muammolarni hal qilishda ishtirok etishda, umumiy dunyoqarashda bir-birini boshidan kechirayotgan tuyg'ularda namoyon bo'ladigan o'zaro ta'sirning asosiy usulini belgilaydi. Ular orasida quyidagi turlari ajratiladi: avtoritar (frants. Autoritaire- hokimiyat, boshqaruvchi) tarbiya – boshqaruv (ko'pincha boshqalar fikrini tan olmay, tinglamay, o'zining shubhali hokimiyatiga ishonadi) tarbiyasidir. Oilada bu ko'pincha ota-onalarning farzandlarini iloji boricha yaxshiroq tarbiyalash istagi bilan namoyon bo'ladi, ammo buni qanday qilib yaxshiroq bajarishni bilmasliklari mumkin. ba'zan bunday tarbiya tarbiyachi shaxsiyatining o'ziga xosligi (hokimlik va chegaralanganlik)ni aks ettiradi; liberal (anarxik) (yunoncha anarchia –hokimiyatning yo'qligi, anarxiya) tarbiya – shaxsni cheklanmagan holda, to'liq erkinlik asosida tarbiyalash.

Tarbiya hammamiz bilganimizdak, ma'lum bir maqsadga yo'naltirilgan, vaqti chegaralanmagan, qarama qarshi munosabatlar yig'indisi hisoblanadi. Bola yoshlikdan oilada to'g'ri tarbiyalansa, komil inson darajasiga yetadi.

YOSHLAR KAMOLOTIDA KITOB, KINO VA MUSIQA

Z.M. Rahmatova-O z'bek tili va adabiyoti, tillar kafedrasida katta o'qituvchisi

Tarixdan ma'lumki, qaysi davrda yosh avlodga yaxshi tarbiya berilgan, komil insonlar qilib yetishtirilgan bo'lsa, o'sha davlat, o'sha jamiyat gullab-yashnagan. Va aksincha, qaysi zamonda



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



yoshlar tarbiyasiga kam e'tibor qaratilgan bo'lsa, o'sha mamlakat, o'sha saltanat tanazzulga yuz tutgan. Insoniyat tarixida bunga ko'plab misollar keltirish mumkin.

Ayniqsa, hozirgi murakkab va tahlikali zamonda milliy o'zligimiz, azaliy qadriyatlarimizga yot va bego-na bo'lgan turli xil xurujlar, yoshlarimizning ongi va qalbini egallashga qaratilgan g'arazli intilishlar tobora kuchayib borayotgani barchamizni yanada xushyor va ogoh bo'lishga da'vat etishi tabiiydir».

Darhaqiqat, internet, ommaviy axborot vositalari shiddat bilan rivojlanayotgan bir paytda yoshlar ongiga nimalar ko'proq ta'sir etishiga ahamiyat qaratmoq lozim. Bunda ayniqsa, kitob, kino va musiqaning o'rni beqiyos.

«Adabiyot yashasa millat yashar», - degan edi milliy uyg'onish davrining namoyandalaridan biri Abdulhamid Cho'lpon. Adabiyotning mahsuli esa kitobdir. Dunyodagi eng buyuk kashfiyotlardan biri ham shubhasiz kitob. Bu haqiqat barcha xalqlar va davlatlar tomonidan tan olinib kelinadi. Inson hayotdan, ota-onadan, hatto ustozidan ololmagan narsasini kitobdan olishi mumkin. Buyuk mutafakkir shoir bobomiz Alisher Navoiy bejiz «Olamda kitobdan aziz do'st yo'qdir» deb bitmaganlar. Hassos yozuvchimiz Oybek domla esa «Kitoblar inson tafakkuri javohirlarini yig'ib, avlodlarga meros qoldiradi» deb yozgan bo'lsa, donolar qayta-qayta «kitobni seving» deb aytishgan. Afsuski, hozirgi yoshlarning barchasi ham har kuni kitob o'qiydi deb bo'lmaydi. Turli xil ko'ngilochar o'yinlar ularni ko'proq rom etadi. Jamoatchilik, ota-onalar va ustozlar ularni kitob o'qishga qaytarish uchun ko'proq harakat qilishlari, tushuntirish ishlari olib borishlari lozim.

Yoshlar tarbiyasida kino ham muhim ahamiyat kasb etadi. San'atlar ichida kino yetakchi o'rin tutadi. Kinoteatlarda minglab, televizor va videomagnitofonlarda millionlab tomoshabinlar har kuni kino ko'radilar. Bu kinolar ularning ongiga, tafakkuriga ta'sir etadi, tasavvurlarini, dunyoqarashlarini o'zgartira boradi, Demak, yaratilayotgan kinolar xalqqa, xususan, ongi shakllanayotgan yoshlarga qanday ta'sir etishiga katta ahamiyat berilmog'i shart. Buni yaxshi anglagan birinchi Prezidentimiz O'zbekistan kino san'ati xodimlariga yo'llagan tabrigida jumladan shunday deydi: "Mustaqil Vatanimiz kino san'ati ijodkorlari o'z qaddini rostlayotgan buyuk xalqimiz ruhi, e'tiqodi va talabiga mos, yuksak badiiy saviyali filmlar yaratadilar degan umiddamiz".

Musiqqa. Insonning ruhan kamol topishi uchun musiqaning o'ziga xos o'rni bor. O'zbek xalqi tarixiga nazar tashlasak, unda musiqqa bilan bog'liq qanchadan-qancha ertak va afsonalarga duch kelamiz. Qamishdan nay yasagan cho'pon deysizmi, malikani o'z qo'shiqlari bi-lan shaydo qilgan oshiq yigit deysiz-mi, Changiy kabi buyuk musiqachilarni aytasizmi.

Hatto Alisher Navoiy ham soz chalgan ekanlar. O'zlariga taxallus tanlashlarida ham navo-musiqqa asos bo'lgan. Davlatimiz rahbarining musiqaga bo'lgan e'tirofi g'oyat e'tiborlidir: "Sharq musiqasi - Sharq falsafasi, Sharq dunyosining uzviy bir qismidir. Sharq musiqasining jahon madaniy merosida tutgan o'rni beqiyos". «Sharq taronalari» musiqqa festivalining ochilishida aytilgan bu so'zlar zamirida katta ma'no mujassam. Axir bizning xalqimiz ming yillar davomida mumtoz musiqamiz ta'sirida kamol topgan. Ona allasi bi-lan boshlangan bu musiqqa qizlar



yallasiga, cholg'uchi tanburiga, karnay-surnay sadolariga, katta ashulalarga ulanib ketgan. Oqibatda buyuk «Shashmaqom» yaratilgan.

Xulosa o'rnida aytadigan bo'lsak, barcha niyatlarimiz, harakatlarimiz yosh avlodni jismoniy va ma'naviy jihatdan ka-mol toptirishdan iborat. Toki bu av-lod baxtu saodatga, farovon kelajakka erishcin. Dunyoda hech kimdan kam bo'lmagan yurt farzandlariga aylansin.

TARBIYANING TARBIYADAN FARQI BORMI

Z.M.Rahmatova- O z'bek tili va adabiyoti, tillar kafedrasida katta o'qituvchisi

Dunyoda bizning millatday bolajon xalq bo'lmasa kerak. Yoshi ulug'larimiz farzandni «ko'zimizning oqu-qorasi», deya alqashadi. «Bolalik – podsholik» degan naqlni ham ko'p eshitganmiz. Shu boismi, ko'pincha bolalarning to's-to'polonidan jahli chiqqan yosh ota-onalarga keksalar bag'rikenglik bilan «Bola bo'lsa sho'x bo'lsin-da!» deb qo'yishadi.

Farzand tarbiyasi borasida asrlar osha ko'plab olimlarimiz turli risolalar, asarlar bitishgan. Bu vazifa bugun ham davom etayotgan bo'lsa-da, tarbiyaning aniq bir yechimi yoki formulasi topilganicha yo'q. To'g'ri, turli nasihat, pandnoma shaklida bitilgan kitoblar ko'p. Biroq, zamon taraqqiyoti bilan, ba'zan esa undan-da oldinroq ildamlayotgan farzandlarimizni boshqarish bizga tobora qiyinlik qilmoqda. Bunday sharoitda farzandimizni bo'ysundirish uchun kuch ishlatish eng oson yo'ldek tuyuladi. Unga berilgan jismoniy yoki ruhiy jazo bilan biz bir muddat «g'alaba qozonishimiz» mumkindir. Ammo bizning ba'zan aqlsizlarcha, g'azab jilovini qo'ldan chiqarib qilgan harakatimiz bir umrlik kulfatga, armonga sabab bo'lsa-chi?

Professor, doktor Myurey Shtraus o'zining qirq yillik faoliyatini bolalar tarbiyasida yo'l qo'yiladigan xatolarni aniqlashga sarflagan. Uning ta'kidlashicha, jismoniy kuch vositasida «tarbiyalangan» bolalarning zehni umuman kaltaklanmay o'sgan bolalarnikiga nisbatan sustroq rivojlanarkan. Shtrausning fikricha, faqat ma'naviy saviyasi past ota-onalargina o'z farzandlarini do'pposlaydilar.

Bola nojo'ya xatti-harakat qilgan bo'lsa, u bilan suhbatlashing, turli ertak qahramonlari orqali uning noto'g'ri ish qilganini tushuntiring, yig'i, baqirish va shu kabi harakatlar bola uchun ichidagi shiddat va keskinlikni chiqarish yo'li ekanligini yodda tutish yaxshi samara beradi. Olimlarning ta'kidlashlaricha, bola bilan suhbatlashish ularning aqliy salohiyatini yuksaltirar ekan. Ular bilan qancha ko'p suhbatlashsangiz, ular ham o'z navbatida qiziquvchan bo'lib boradilar. Bolalar o'rtasida yuzaga keladigan muammolar haqida ko'proq ma'lumot yig'ishga harakat qiling. Bu bilan siz farzandingiz ishonchini qozonasiz. Tasavvur qilib ko'rganmisiz: kaltaklangan bola nimani his qiladi?! Qo'rquv, ruhiy tushkunlik. Ilmiy til bilan aytganda, qo'rquv bolalardagi qiziqishning yemirilishiga olib kelarkan.

Ruhshunoslar bola uchun yig'i o'z ehtiyojlarini ifodalashning yagona yo'li, deb hisoblaydilar. Shunday ekan, biz yig'ining sababini o'rganishimiz kerak. Ana shunda mavjud muammoga yechim topamiz. Yana Amerika tadqiqotchilarining ogohlantirishicha, yosh bolani hatto silkitish



uning aqliy va jismoniy rivojiga zarar berishi mumkin. Qattiq silkitish miyaning buzilishiga olib keladi, bu ba'zi holatlarda asab tortishishi, o'qishdagi qiyinchiliklar, e'tibor kamligi va boshqa qiyinchiliklarni keltirib chiqarishi mumkin.

«Inson insonday yashashi, insonday qiliq ko'rsatishi uchun uning yashayotgan muhiti insoniy bo'lishi kerak», deb yozgan edi G'aybulloh As-salom.

Shunday ekan, farzandimizning toshbag'ir bo'lib borayotganidan shikoyat qilish o'rniga avvalo, muhitni o'zgartirishga urinib ko'raylik.

Biz uchun hayot-mamot masalasi sanaluvchi bola tarbiyasi uchun, avvalo, oilada manaviy ustunlar poydevori mustahkam bo'lmog'i lozim. Bu o'z o'rnida katta yoshdagilarning ham marifatli, jamiyat va farzandlar oldidagi masuliyatini anglaydigan shaxslar bo'lishini taqozo etadi. Bir narsa ayon, ota-ona manaviyatli bo'lgan oiladagi yoshlarning dunyoqarashi toza, tarbiyasi ham mustahkam bo'ladi. Muhimi, o'z xatti-harakatlarini ongli ravishda boshqara biladi. Sir emaski, odamlar fikratini mahv etish, zamonaviylik niqobi ostida o'z g'oyalarini singdirish uchun yoshlarimiz ongiga ming bir manaviy darchalardan suqilib **Kirishga** urinayotgan kuchlar ko'p.

Xulosa qilib aytganda, ertangi kunimiz, kelajagimiz, jamiyatimiz ravnaqi yoshlarimizga qay darajada tarbiya berayotganimizga bog'liq. Prezidentimiz takidlaganlari kabi: "Biz xalqimizning dunyoda hech kimdan kam bo'lmasligi, farzandlarimizning bizdan ko'ra kuchli, bilimli, dono va albatta baxtli bo'lib yashashi uchun bor kuch va imkoniyatlarimizni safarbar etayotgan ekanmiz, bu borada manaviy tarbiya masalasi, hech shubhasiz, beqiyos ahamiyat kasb etadi.

POSTGERPETIK TRIGEMINAL NEURALGIADA BEMORLAR EMOTSIONAL HOLATINI BAHOLASH

Rasulova R.P., Kuranbayeva S.R.
TTA Termiz filiali. Termiz. O'zbekiston.

Mavzuning

Dolzarbligi: Trigeminal nevrologiya - og'riqli, bir tomonlama yuz patologiyasi, elektr toki urishi yoki yonish hissiyotining qisqa epizodi sifatida tavsiflanadi. Yuz yoki kraniofasiyal og'riqni keltirib chiqaradigan patologiyalar ko'plab kasalliklarni o'z ichiga oladi: yuz nevrologiyasi, yuzning simptomatik og'rig'i, nevrologik belgilar, trigeminal avtonom bosh og'rig'i. Trigeminal nevrologiya yuzning eng og'ir va kuchli og'riq belgilaridan biri hisoblanadi. Uning yillik kasallanish darajasi turlicha bo'lishiga qaramay, ta'sirlanganlarning hayot sifatini sezilarli darajada o'zgartiradi.

Gerpes virus infeksiyaning neyrotropizmi uning turli klinik ko'rinishlarini keltirib chiqaradi. Psixo-emotsional stressning neyrofiziologik mexanizmlari miyaning limbik-diensefalik tizimi bilan bog'liq. Stress va turli immunologik kasalliklar ta'sirida gerpes virus infeksiya yetuk virionga aylanadi va periferik nervlarning aksonlari bo'ylab sezgir gangliyalardan infeksiyaning "o'chog'i"ga o'tadi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Postgerpetik trigeminal nevrologiya o'tkir herpes virus infeksiyalaridan bir hafta yoki 1-2 oydan so'ng rivojlanadi. Herpes virus infeksiyalarining neyrotropi, asosan nerv ganglionlarida yashirin shaklda saqlanish qobiliyati markaziy asab tizimining shikastlanishlarida muhim rolini belgilaydi.

Surunkali herpes infeksiyasida etiologik va patogenetik omillarning murakkab majmuasi (inson organizmida Herpes virus infeksiyalarining uzoq muddatli davom etishi va immunokompetent hujayralar va miya hujayralariga doimiy salbiy ta'siri, og'ir psixo-emotsional stress) neyroimmun ta'sirining buzilishiga, nevrologik patologiya qo'shilishiga olib keladi.

Uch shoxli nervning postgerpetik nevrologiyasi og'ir kechuvchi nevrologiyalar guruhiga kiradi. Trigeminal nevrologiya kutilmaganda va bexosdan paydo bo'ladigan kuyish hissiyoti, ikki daqiqagacha davom etishi mumkin bo'lgan kuchli va xurujli og'riqlar bilan kechadi. Shuning uchun bu kasallik og'riqli tik deb ham ataladi. Og'riq epizodlari yuzning har ikki tomonida paydo bo'lishi mumkin. Biroq, ular hech qachon bir vaqtning o'zida ikkala tomonda namoyon bo'lmaydi. Trigeminal nerv nevrologiyasida juda qattiq og'riq keltiradigan elektr toki urishi, ikki daqiqagacha davom etadigan yoki doimiy, odatda faqat yuzning bir tomonida ko'zda, yonoq suyagi va yuzning pastki qismida og'riq paydo bo'ladi. Ushbu simptomatologiyaning asosiy xususiyatlaridan biri bu uning to'satdan va tasodifiy paydo bo'lishidir. Bu og'riqlar yuzni yoki tishlarni yuvish, ovqatlanish yoki hatto gaplashish kabi har qanday kundalik xarakterli natijasida tebranish yoki yonoq bilan aloqa qilish orqali yuzga kelishi mumkin. Ushbu holatdan kelib chiqqan og'riq shunchalik kuchayishi mumkinki, odam jismoniy va ruhiy jihatdan deyarli qobiliyatsiz bo'lib qoladi. Shuning uchun bemorlarning emotsional holatini baholash muxim hisoblanadi.

Tadqiqot **Maqsadi:** Postgerpetik trigeminal nevrologiyada og'riq sindromining ifodalanishini vizual analog shkala (VASH) va Gamilton (xavotirni baholash) shkalasi bo'yicha bemorlarning emotsional holatini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari: Tadqiqot 31 nafar laboratoriya virusologik diagnostikasidan o'tkazilgan bemorni tekshirish ma'lumotlariga asoslandi, shu jumladan 12 erkak (38,7%) va 19 ayol (61,3%). Tadqiqotga yuqori (1:800 dan ortiq) IgG titri bo'lgan bemorlar kiritilgan. Ularning barchasida birlamchi herpes infeksiyasi yoki surunkali herpes infeksiyasining qaytalanishi (qonning ijobiy PSR ko'rsatkichi) tasdiqlangan. Barcha bemorlar umumiy somatik va nevrologik tekshiruvdan o'tkazildi. Og'riq sindromining intensivligini baholash uchun vizual analog shkala (VASH) ishlatildi. Gamilton (xavotirni baholash) shkalasi bo'yicha bemorlarning emotsional holati baholandi.

Nazorat guruhi bir xil jins va yoshdagi 20 nafar deyarli sog'lom odamdan iborat.

Tadqiqot natijalari: $4,2 \pm 0,2$ kun davomida og'riq sohasida toshmalar paydo bo'ldi. 16 bemorda (51,6%) og'riq va toshmalar peshonaning bir tomonida va ko'z atrofida, 8 tasida (25,8%) yuzda burun qirralarida, 6 tasida (19,4%) - bo'yin sohasida va 1 tasida (3,2%) bel sohasida lokalizatsiyalangan. Og'riq sindromi kechalari va turli ta'sirlantirishlar (sovuq, taktil, barometrik, kinestetik) ta'sirida kuchayib bordi. Barcha bemorlarda (100%) toshmalar paydo bo'lgan joylarda og'riq, 75,2% bemorlarda paresteziya kuzatildi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Vizual analog shkala (VASH) bo'yicha davolanishdan oldingi davrda bemorlarda og'riq intensivligi $7,8 \pm 1,6$ ballni tashkil etdi, bu og'riqning ancha yuqori intensivligini aks ettiradi.

Postgerpetik trigeminal nevralgia bemorlar emotsional holatiga ta'sir qilishini hisobga olinib, bemorlarda uning mavjudligi va og'irligi Gamilton (xavotirni baholash) shkalasi bo'yicha qiyosiy jihatdan baholandi. Olingan ma'lumotlar nazorat guruhi ma'lumotlari bilan solishtirildi. Emotsional holatni baholash natijasida Gamilton (xavotirni baholash) shkalasi bo'yicha bemorlarda kuchli xavotir aniqlandi. Tekshiruv guruhdagi bemorlarda o'rtacha 20,1 ball, nazorat guruhida o'rtacha 6,0 ballni tashkil etdi. Tekshiruv natijalariga ko'ra sog'lom guruhga nisbatan xavotir darajasi yuqoriligi aniqlandi.

Gamilton (xavotirni baholash) shkalasida olingan ma'lumotlar bemorlar emotsional holatidagi o'zgarishlar xavotirli kayfiyat, insomniya, somatik sensor va vegetativ simptomlarda yaqqol farqlarni ko'rsatdi.

Xulosa: Vizual analog shkala (VASH) bo'yicha davolanishdan oldingi davrda bemorlarda og'riqning ancha yuqori intensivligini ($7,8 \pm 1,6$ ball) aks ettirdi.

Emotsional holatni baholash natijasida Gamilton (xavotirni baholash) shkalasi bo'yicha bemorlarda kuchli xavotir aniqlandi. Postgerpetik trigeminal nevralgida og'riqning og'irligi bemorlar emosional holatiga ta'sir qilishi xavotirli kayfiyat, insomniya, somatik sensor simptomlar va vegetativ simptomlarda yaqqol farqlar bilan aniqlandi.

REZYUME: Tadqiqotlar natijasida, postgerpetik trigeminal nevralgida og'riq ancha yuqori intensivlikni aks ettiradi. Postgerpetik trigeminal nevralgia bemorning sog'lig'iga xavf tug'dirmasada, og'riq intensivligining yuqoriligi kundalik vazifalarni bajarishga salbiy ta'sir qiladi. Taqdim etilgan ma'lumotlar davolanishni o'z vaqtida tayinlash uchun Gamilton (xavotirni baholash) shkalasi bo'yicha so'rov o'tkazish oqilona va maqsadga muvofiq degan **Xulosaga** kelishimizga imkon beradi.

PROSTATA SARTONINING MORFOLOGIK BELGILARI

Raxmonov H.A., Islamov Sh.E., Normahmatov I.Z.
Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

Dolzarbligi. Prostata saratoni Amerika va Evropa erkaklarida eng keng tarqalgan o'sma bo'lib qolmoqda. Dastlabki hisob-kitoblarga ko'ra, har yili Qo'shma Shtatlarda ushbu patologiyaning 250 000 ga yaqin yangi holatlari qayd etiladi va 30 000 ga yaqin erkaklar ushbu kasallikdan vafot etishadi.

Prostata spetsifik antigenini aniqlashining keng joriy etilishi bilan prostata saratonining cheqlangan va mahalliy rivojlangan bosqichlarini tashxislash chastotasi sezilarli darajada oshdi. Evropa va AQShda prostata saratonining paypaslanmaydigan bosqichlari, aniqlangan holatlarning 75% ni tashkil qiladi. AQSh va Evropada prostata saratoni skriningi bo'yicha randomizatsiyalangan sinovlar natijalari (PLCO - the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Cancer Screening Trial и the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) taqdim etilgan. Dastlabki tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, antigenga asoslangan skrining prostata saratoni o'limini taxminan 20% ga kamaytiradi, ammo klinik jihatdan ahamiyatsiz zararlanishni aniqlash xavfi mavjud. Yangi tashxis qo'yilgan patologiya holatlariga bemorning individual xavflarini baholagan holda, differentsial yondashuv zarurligi ta'kidlandi.

Tadqiqotning Maqsadi prostata saratonining morfologik xususiyatlarini o'rganish.

Tadqiqot materiali va usullari. Ob'ektlar sifatida Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Samarqand viloyati filialiga prostata bezi saratoni bilan yotqizilgan bemorlar (20) tirik shaxslar, ularning tibbiy hujjatlari (kasallik tarixi), shuningdek, klinik va laborator tekshiruvlari, morfologik tadqiqotlar ma'lumotlari tahlil qilindi. Qo'yidagi hisobga olindi - katamnestik, makroskopik, mikroskopik (mikropreparatlarni gematoksilin va eozin bilan bo'yash usuli), morfometrik, statistik tadqiqot usullari natijalari.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqotda, 70% hollarda prostata karsinomasi uning periferik zonasida (odatda bezning orqa qismida joylashgan bo'lib, bu rektal tekshiruv paytida o'simtani palpatsiya qilish imkonini beradi). Bezning kesimida o'sima to'qimasi donador va zich bo'lishi xarakterlidir. Agar o'sima prostata to'qimalarining qalinligida joylashgan bo'lsa, unda u yomon ko'rinadi, ammo palpatsiya orqali osonroq aniqlanadi. Mahalliy tarqalishda periprostatik to'qimalar, urug' pufakchalar va siydik pufagining asosi odatda zararlanadi, bu kasallikning rivojlangan shakllarida uretraning obstruksiyasiga olib kelishi mumkin. Metastazlar dastlab limfa tomirlari orqali yopuvchi limfa tugunlari darajasiga tarqalib, paraaortal limfa tugunlariga etib boradi. Gematogen tarqalish asosan suyaklarda, ayniqsa bo'yлама skeletning suyaklarida sodir bo'ladi, lekin ba'zi hollarda ichki organlarga massiv tarqalish kuzatiladi (qoidadan ko'ra istisno). Suyak metastazlari odatda osteoblastlardir va agar erkaklarda topilsa, prostata saratoni mavjudligini aniq ko'rsatadi. Ko'pincha bel umurtqasi, so'ngra (chastotaning kamayishi tartibida) proksimal son suyagi, tos suyagi, ko'krak umurtqasi va qovurg'alar zararlanadi.

Gistologik nuqtai nazardan, prostata o'smalarining aksariyati adenokarsinomalar bo'lib, ular yaxshi aniqlangan, oson anjratiladigan bezli tuzilmalar mavjudligi bilan tavsiflanadi. O'sma bezlari odatda kichikroq bo'lib, bir qavatli kubsimon hujayralar yoki past silindsimon epiteliy hujayralari bilan qoplangan. O'sma bezlari bir-biriga yaqinroq joylashgan bo'lib, ularga shoxchalar yoki papillyar invaginatsiyalardan mahrumlik xosdir. O'simta bezlarida oddiy organning bezlariga xos bo'lgan tashqi bazal qatlam yo'q. O'simta hujayralarining sitoplazmasi o'zgarmagan bez hujayralari uchun xos bo'lgan hirali yorug'likdan aniq amfofilgacha o'zgaradi. Yadrolar katta va ko'pincha bir yoki bir nechta yirik yadrochalarni o'z ichiga oladi. Yadrolarning kattaligi va ularning shaklida ba'zi farqlar mavjud, lekin umuman olganda pleomorfizm unchalik aniq emas. Mitotik figuralar xarakterli emas.

Patolog uchun prostata saratoni tashxislash eng katta qiyinchiliklardan biri hisoblanadi. Muammo nafaqat gistologik tekshirish uchun igna biopsiyasi paytida olingan to'qimalarning etarli emasligi, balki biopsiya namunalarida ko'pincha oddiy bo'lganlar orasida faqat bir nechta o'simta bezlari mavjud bo'lishi mumkin. Prostata saratonining morfologik diagnostikasi ham



qiyin, chunki. Yomon sifatlilik belgilari nozik bo'lishi mumkin, bu noto'g'ri salbiy natija ehtimolini oshiradi. Bundan tashqari, yomon sifatli o'simtuga taqlid qiluvchi ko'plab yaxshi jarayonlar mavjud bo'lib, bu ham noto'g'ri tashxisga olib kelishi mumkin. Prostata saratoniga xos bo'lgan bir qancha gistologik xususiyatlar, masalan, perinevral invaziya mavjud bo'lsa-da, tashxis to'qima, hujayra va ba'zi qo'shimcha xususiyatlarning kombinatsiyasi bilan amalga oshiriladi. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, prostata bezidagi yaxshi sifatlilik jarayonning asosiy farqlovchi xususiyati, bazal qatlam hujayralarining mavjudligi bo'lib, ularning yo'qligi prostata saratonini ko'rsatadi. Patologlar bazal qatlam hujayralarini aniqlash uchun immunogistologik belgilar yordamida bu xususiyatdan foydalanadilar.

Xulosa. Shunday qilib, tadqiqotlar natijalari prostata saratonining morfologik mezonlari to'liq ishlab chiqilmaganligini ko'rsatadi. Prostata bezining "gormonlarga chidamli" saratoni bilan kasallanish holatlari ko'paydi. Shu bilan birga, prostata saratonining morfologik diagnostikasi qiyin, chunki xavflilik belgilari deyarli sezilmaydi, bu noto'g'ri salbiy natija ehtimolini oshiradi. Bundan tashqari, yomon sifatli o'simtuga taqlid qiluvchi ko'plab yaxshi jarayonlar mavjud bo'lib, bu ham noto'g'ri tashxisga olib kelishi mumkin. Hozirgi vaqtda prostata saratonida ko'tarilgan bazal qatlamdagi hujayralar darajasini aniqlash uchun immunogistologik markerlardan foydalanish tavsiya etiladi.

ATROFIMIZDAGI ELEKTROMAGNIT MAYDON VA UNING TA'SIRI

N.A.Razzakov1, X.Sh.Shokirova2

1ADTI Tibbiy kimyo kafedrasida dotsenti, 2ADTI Sanoat farmatsiyasi fakulteti talabasi

XXI asr internet asri bo'lishi bilan birga, unga qaramlik paydo qilayotgani achinarli holatdir. Yosh bolalarda virtual hayotga qaramlik paydo bo'lishi natijasida nevroz, bo'yin ostexondrozi kabi hastaliklarga olib bormoqda. Televizor tomosha qilish yoki video o'yinlarni o'ynash uchun juda ko'p vaqt safrglaydigan bolalar kam jismoniy harakat qilishi oqibatida ortiqcha vazn yig'ish havfi ostida boladi.

Ko'p hollarda yosh bolalarga ovunchoq sifatida telefon berib qo'yib nazoratsiz qoldirishadi, natijada ular ijtimoiy tarmoqlar orqali nomaqbul kontentga duch kelishadi va bularning ba'zilari yoshiga to'g'ri kemasligi, ular zo'ravonlik, shahvoniy yoki kattalar uchun mo'ljallangan bolishi mumkin, bolalar va o'smirlarning ongini manipulyatsiya qilish uchun internetda (ekstremizm, jamiyatga qarshi xatti-harakatlar, o'z joniga qasd qilish, xavfli o'yinlarga) targ'ib qiluvchi kontentlar juda ko'pdir, va bu albatta yoshlarning ruhiy salomatligi va rivojlanishiga o'z ta'sirini ko'rsatmay qo'ymaydi.

Elektromagnit nurlanishning zarari. Elektromagnit nurlanish odamlarga salbiy ta'sir ko'rsatishi uzoq vaqtdan beri ma'lum. Biz hamma joyda texnologiya va simlar bilan o'ralganmiz. Elektromagnit nurlanish manbai elektr tokida ishlaydigan har qanday ob'ektdir. Shunday qilib, uydagi elektr simlari, lampalar, isitgichlar, Wi Fi, komyuterlar bularning barchasi elektromagnit



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



nurlanish manbai hisoblanadi. Ularning barchasi bizning sog'lig'imizga salbiy ta'sir qiladi. Bunday ta'sirlarning haddan tashqari ko'pligi inson immunitetining o'zgarishiga olib keladi, bu esa sog'lom muhtda bolishimizga to'sqinlik qiladi. Inson tanasining to'qimalari elektromagnit impulslarga juda sezgir va ularning tanaga ta'sir munosabati quyidagi mezonlarga bog'liq; radiatsiya kuchi, to'lqin turi, elektromagnit to'lqinlar diapazonida qolish muddati.

Uzoq vaqt davomida elektromagnit nurlanish ta'sirida bo'lishga majbur bo'lgan odamlarda quyidagi kasalliklar ko'pincha tashxis qilinadi; ko'rishning buzilishi, shu jumladan katarakt, bosim va yurak faoliyati bilan bog'liq muammolar, qon kasalliklari, buning natijasida qizil qon hujayralarining kamayishi, surunkali bosh og'rig'i, endokrin kasalliklar, surunkali charchoq hissi, depressiv kasalliklar.

Xulosa. Insonning bunday sivilizatsiyasining afzalliklaridan voz kechish deyarli mumkin emas, lekin atrofimizdagi barcha texnologiyalardan oqilona foydalanishni va ehtyot choralar ko'rishni doimo yodda tutish kerak. Umuman olganda, elektromagnit maydonning inson salomatligiga ta'sirini kamaytirish uchun doimiy ravishda kuzatilishi kerak bo'lgan quyidagi qoidalarga aml qilish kerak;

- televizorni uning ekrani diametridan 8 barobar uzoq masofadan ko'ring;
- uyali telefon va televizordan foydalanish vaqtini chegaralang;
- kompyuterda ishlayotganda tez-tez ochiq havoga chiqib turing;
- bolalar yotoqxonasidan EMM manbalari yiroq qiling;
- tez-tez dush qabul qilish orqali tanadagi nurlanishni kamaytirish mumkin;

Olimlarimiz uyali aloqa vositalarini o'zingizdan 30 sm masofada tutushni tavsiya qilishadi. Smartfon va planshetlarni cho'ntakda emas, sumka yoki sumkada tanadan 3 sm uzoqlikda olib yurish kifoya. EMM bilan aloqa vaqtini qisqartiring. Bu elektromagnit maydon hosil qiladigon manbalar yaqinida uzoq vaqt turmasligingiz kerakligini anglatadi.

Ota-onalar farzandlarining elektron qurilmalar va ijtimoiy tarmoqlarda foydalanishini nazorat qilishlari, aniqrog'i bolalar to 15 yoshga to'lmaganlaricha uyali telefon tutishlaridan to'sishlari va bolalarni jismonan faol tarzda hayot tarziga o'rgatishlari va ochiq havoda vaqt o'tkazishga undashlari kerak. Bolalarga elektron qurilmalarning xavf – xatarlari haqida ma'lumot berishi va ulardan ma'suliyat bilan foydalanish o'rgatish muhimdir. Albatta meyorlarga amal qilgan holda internetdan foydalanilsa ko'plab bilim va ko'nikmalarni o'zlashtira oladi.

DORIVOR O'SIMLIKLAR KIMYOVIIY TARKIBIGA ASOSLANGAN SANOAT FARMATSIYASINING ISTIQBOLLARI

N.A.Razzakov1, M.Y.Salaydinova2

1ADTI, Tibbiy kimyo kafedresi dotsenti, 2ADTI Sanoat farmatsiyasi yo'nalishi talabasi

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 21.01.2022 yildagi " Aholini sifatli, samarali va xavfsiz farmatsevtika mahsulotlari bilan ta'minlashni yanada yaxshilash, farmatsevtika tarmog'iga ilg'or



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ilmiy-texnika yutuqlari va innovatsiyalarni joriy etish orqali tarmoqda ishlab chiqarish hajmini 3 barobarga oshirish, ichki bozorni ta'minlash darajasini natural hajmda 80 foizga yetkazish **Maqsadida**" PF-55-sonli farmoni e'lon qilindi. Ushbu farmonni bajarishda yurtimizdagi dorivor o'simliklar resursidan foydalanishda ilmiy yondoshuv kerak ekanligini talab qiladi.

O'zbekiston TABOBAT Akademiyasi raisi, O'zbekistonda xizmat ko'rsatgan ixtirochi, kimyo fanlari doktori, professor I.R.Asqarov tomonidan kimyo texnologiya, farmatsevtik tadqiqotlar hamda dorivor o'simliklarning kimyoviy tarkibiga asoslangan holda tabiiy dorivor oziq-ovqat qo'shilmalari ishlab chiqarish yo'nalishiga mislsiz hissa qo'shmoqda. Ustoz tomonidan Andijon viloyatining Jalaquduq tumanida "Oltin vodiy tabiati" MCHJ tashkil qilinib, ushbu klinikada bemorlarni ilmiy va amaliy tajribalarga asoslanib mahalliy dorivor o'simliklardan tayorlangan vositalar orqali har yili bir necha o'n minglab bemorlar dardiga malham bo'lmoqda. O'z rahbarligi ostida shogirdlari ya'ni 20 ga yaqin fan doktorlari hamda 30 dan ortiq falsafa doktorlari bilan birgalikda o'simliklar tarkibidagi biologik faol moddalarni fizik-kimyoviy usullar yordamida tadqiqoti natijalariga asoslangan holda yangidan-yangi tabiiy shifobaxsh oziq-ovqat qo'shilmalari ishlab chiqarish hamda ularni amaliyotga tadbiiq qilish orqali xalqimizning dori vositalarga bo'lgan ehtiyojini qoplashda eng yetakchi o'rinda bormoqdalar.

O'zbekiston Respublikasida farmatsevtika sanoatini jadallik bilan rivojlanishi bunday korxonalarining dorivor o'simliklar xom-ashyosiga bo'lgan talabini keskin ortishiga ham sabab bo'lmoqda. Kimyo-farmatsevtika sanoati, Galen laboratoriyalari va dorixonalar ehtiyojini qondirish **Maqsadida** har yili katta miqdorda dorivor o'simlik mahsuloti tayyorlanadi. Shuni ta'kidlash lozimki, tabiiy holda o'suvchi dorivor o'simliklar zaxiralarning chegaralanganligi tufayli, farmatsevtika sanoati korxonalarining dorivor o'simliklar xom-ashyosiga bo'lgan talabini, asosan, dorivor o'simliklarni o'stirish orqaligina qondirish mumkin. Hozirda, yangi dorivor (foydali) o'simliklarni rivojlanishi, tabiiy holatda o'sishi, ko'payishi va atrof-muhitni ularga bo'lgan ta'siri va kimyoviy tarkibiga alohida e'tibor qaratilmoqda.

Tibbiyotda va farmatsiyada tarkibida kishi organizmiga ta'sir etuvchi kimyoviy moddasi bo'lgan dorivor o'simlik organlari-mahsulotlari ishlatiladi. Dorivor o'simliklarning organizmga ta'siri uning tarkibidagi kimyoviy birikmalarning miqdoriga bog'liq. Dorivor mahsulot sifatida o'simliklarning ildizi, bargi, po'stlog'i, guli, mevasi va boshqa qismlaridan foydalaniladi. O'simliklarning ta'sir etuvchi moddalari alkaloid, turli glikozidlar, flavanoidlar, kumarinlar, oshlovchi moddalar, efir moylar, vitaminlar, bo'yoq moddalar, fermentlar, fitonsidlar, moy hamda moy kislotalari va makro hamda mikroelementlar bo'ladi.

Xulosa. Hozirgi kunlarda aholimizning dorivor preparatlarga bo'lgan ehtiyojini qoplash **Maqsadida** ulkan amaliy ishlar olib borilmoqda. butun dunyo bo'ylab sodir bo'layotgani kabi, yurtimizda ham zamonaviy tibbiyot bilan xalq tabobati uyg'unlashmoqda. Olimlarimizning aholini sifatli, samarali va xavfsiz farmatsevtika mahsulotlari bilan ta'minlash masalasiga ilmiy yondoshuvi Prezidentimizning ichki bozorni ta'minlash darajasini natural hajmda 80 foizga yetkazish **Maqsadida** qo'ygan talabini bajarishni ta'minlaydi.



ATROFIMIZDAGI ELEKTROMAGNIT MAYDON VA UNING TA'SIRI

N.A.Razzakov1, X.Sh.Shokirova2

1ADTI Tibbiy kimyo kafedrası dotsenti, 2ADTI Sanoat farmatsiyasi fakulteti talabasi

XXI asr internet asri bo'lishi bilan birga, unga qaramlik paydo qilayotgani achinarli holatdir. Yosh bolalarda virtual hayotga qaramlik paydo bo'lishi natijasida nevroz, bo'yin ostexondrozi kabi hastaliklarga olib bormoqda. Televizor tomosha qilish yoki video o'yinlarni o'ynash uchun juda ko'p vaqt safrglaydigan bolalar kam jismoniy harakat qilishi oqibatida ortiqcha vazn yig'ish havfi ostida boladi.

Ko'p hollarda yosh bolalarga ovunchoq sifatida telefon berib qo'yib nazoratsiz qoldirishadi, natijada ular ijtimoiy tarmoqlar orqali nomaqbul kontentga duch kelishadi va bularning ba'zilari yoshiga to'g'ri kemasligi, ular zo'ravonlik, shahvoniy yoki kattalar uchun mo'ljallangan bolishi mumkin, bolalar va o'smirlarning ongini manipulyatsiya qilish uchun internetda (ekstremizm, jamiyatga qarshi xatti-harakatlar, o'z joniga qasd qilish, xavfli o'yinlarga) targ'ib qiluvchi kontentlar juda ko'pdir, va bu albatta yoshlarning ruhiy salomatligi va rivojlanishiga o'z ta'sirini ko'rsatmay qo'ymaydi.

Elektromagnit nurlanishning zarari. Elektromagnit nurlanish odamlarga salbiy ta'sir ko'rsatishi uzoq vaqtdan beri ma'lum. Biz hamma joyda texnologiya va simlar bilan o'ralganmiz. Elektromagnit nurlanish manbai elektr tokida ishlaydigan har qanday ob'ektdir. Shunday qilib, uydagi elektr simlari, lampalar, isitgichlar, Wi Fi, komyuterlar bularning barchasi elektromagnit nurlanish manbai hisoblanadi. Ularning barchasi bizning sog'lig'imizga salbiy ta'sir qiladi. Bunday ta'sirlarning haddan tashqari ko'pligi inson immunitetining o'zgarishiga olib keladi, bu esa sog'lom muhtda bolishimizga to'sqinlik qiladi. Inson tanasining to'qimalari elektromagnit impulslarga juda sezgir va ularning tanaga ta'sir munosabati quyidagi mezonlarga bog'liq; radiatsiya kuchi, to'lqin turi, elektromagnit to'lqinlar diapazonida qolish muddati.

Uzoq vaqt davomida elektromagnit nurlanish ta'sirida bo'lishga majbur bo'lgan odamlarda quyidagi kasalliklar ko'pincha tashxis qilinadi; ko'rishning buzilishi, shu jumladan katarakt, bosim va yurak faoliyati bilan bog'liq muammolar, qon kasalliklari, buning natijasida qizil qon hujayralarining kamayishi, surunkali bosh og'rig'i, endokrin kasalliklar, surunkali charchoq hissi, depressiv kasalliklar.

Xulosa. Insonning bunday sivilizatsiyasining afzalliklaridan voz kechish deyarli mumkin emas, lekin atrofimizdagi barcha texnologiyalardan oqilona foydalanishni va ehtyot choralar ko'rishni doimo yodda tutish kerak. Umuman olganda, elektromagnit maydonning inson salomatligiga ta'sirini kamaytirish uchun doimiy ravishda kuzatilishi kerak bo'lgan quyidagi qoidalarga aml qilish kerak;

- televizorni uning ekrani diametridan 8 barobar uzoq masofadan ko'ring;
- uyali telefon va televizordan foydalanish vaqtini chegaralang;
- komyuterda ishlayotganda tez-tez ochiq havoga chiqib turing;
- bolalar yotoqxonasidan EMM manbalari yiroq qiling;



tez-tez dush qabul qilish orqali tanadagi nurlanishni kamaytirish mumkin; Olimlarimiz uyali aloqa vositalarini o'zingizdan 30 sm masofada tutushni tavsiya qilishadi. Smartfon va planshetlarni cho'ntakda emas, sumka yoki sumkada tanadan 3 sm uzoqlikda olib yurish kifoya. EMM bilan aloqa vaqtini qisqartiring. Bu elektromagnit maydon hosil qiladigon manbalar yaqinida uzoq vaqt turmasligingiz kerakligini anglatadi. Ota-onalar farzandlarining elektron qurilmalar va ijtimoiy tarmoqlarda foydalanishini nazorat qilishlari, aniqrog'i bolalar to 15 yoshga to'lmaganlaricha uyali telefon tutishlaridan to'sishlari va bolalarni jismonan faol tarzda hayot tarziga o'rgatishlari va ochiq havoda vaqt o'tkazishga undashlari kerak. Bolalarga elektron qurilmalarning xavf – xatarlari haqida ma'lumot berishi va ulardan ma'suliyat bilan foydalanish o'rgatish muhimdir. Albatta meyorlarga amal qilgan holda internetdan foydalanilsa ko'plab bilim va ko'nikmalarni o'zlashtira oladi.

TUYA SUTI (CAMELUS LAC) NING KIMYOVIIY TARKIBI VA UNDA XALQ TABOBATIDA FOYDALANISH

N.A.Razzaqov1, X.U.Odiljonova2

1ADTI Tibbiy kimyo kafedrasida dotsenti, 2ADTI Sanoat farmatsiyasi fakulteti talabasi

Dorivor o'simliklar va hayvon mahsulotlari asosida oziq-ovqat qo'shilmalari ishlab chiqarish sohasi hozirda jadal sur'atda rivojlanib borayotgan sohalardan biridir. Bunda xalq tabobati bilan yuqori ilmiy salohiyatga ega bo'lgan kimyogar olimlarimizning shug'ulanyotganligi va ularning samarali mehnatlari o'z natijalarini bermoqda. Hayvon mahsulotlari ham farmasevtik vositalar ishlab chiqarishdagi tabiiy vosita sifatida muhim ahamiyatga ega.

Shular qatorida tuya sutidan (Camelus lac) ham keng qo'llanib kelinmoqda. U nafaqat mazali, balki to'yimli Sharq mamlakatlarining an'anaviy ichimligidir. Sut oq suyuqlik ko'rinishida bo'lib, shirin ta'mga ega, uning ta'mi to'g'ridan-to'g'ri suv va ozuqa sifatiga bog'liq. Tuyalar suti ko'p vaqt davomida o'z yangiligini saqlab turishi mumkin. Bu uni uzoq masofalarga tashishga imkon beradi. Uning afzalliklari noyob tarkibi bilan bog'liq. Ushbu mahsulot tarkibida temir moddasi mavjud bo'lib, u qon tarkibini yaxshilaydi va hujayralardagi metabolik jarayonlarda ishtirok etadi. Tuya suti tarkibida eritrotsit hujayralar hosil bo'lishini faollashtiradigan aminokislotalar mavjud, shuning uchun anemiya bilan hollarida bunday sutga alohida e'tibor berishlari kerak. Fosfor va kalsiy ta'sirida regeneratsiya faollashadi va suyak to'qimalari mustahkamlanadi. D vitamini mavjudligi tufayli, ushbu mahsulot bolalarda osteoporoz va raxit xavfini kamaytiradi. Shuningdek, tuya sutida asab tizimining faoliyatini normallashtiradigan va stress, uyqusizlik va charchoqdan xalos bo'lishga yordam beradigan B vitaminlari mavjud. Ko'p miqdorda natriy borligi sababli, tuya suti chanqog'ingizni juda yaxshi qondiradi, bu ayniqsa cho'llardan o'tish paytida juda muhimdir. Ushbu mahsulotda kobalt ham mavjud bo'lib, u organizmning hujayra fermentlarining bir qismidir. Kaliy shuningdek, bunday sut tarkibiga kiradi, bu esa yurak-qon tomir tizimining faoliyatini yaxshilaydi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Tuya sutidan saraton va leykemiya kasalliklarida foydalanish ilmiy asosga ega. Iroq davlatining Bog'dod shahridagi Saraton institutida ushbu sut tarkibini o'rganish bo'yicha tajribalar o'tkazildi va tanani saraton kasalligini qo'zg'atadigan birikmalardan tozalaydigan faol moddalar ajratildi. Haqiqat shundaki, tuyalar juda rivojlangan immunitet tizimiga ega, u nafaqat tashqi yuqumli moddalar va begona moddalar bilan, balki organizmning o'ziga nisbatan tajovuzkorligi bilan ham kurashadi. Saraton kasalligi uchun tuya sutidan foydalanish klinik amaliyotda allaqachon samaradorligini isbotlagan. Bundan tashqari, bunday sut sil, oshqozon yarasi va oshqozon-ichak trakti bilan bog'liq ba'zi boshqa muammolarni davolash paytida ishlatiladi.

Tuya sutidan ko'pincha gepatit (Hepatitis) va jigar sirrozi (Cirrhosis hepatis) kasalliklarida keng foydalaniladi. Bu sut jigardagi yallig'lanishni kamaytiradi. Sut tarkibidagi moddalar gepatit virusi DNKsi replikatsiyasini bloklaydi. Bemor immunitetini kuchaytiradi. Bu sut V virusli gepatit (Hepatitis B Virus, HBV) bilan og'riqlarga tavsiya etiladi.

Jigar sirrozida (Cirrhosis hepatis) tuya suti bilan davolashda bir litr sutga olti choy qoshiq zira urug'i qo'shiladi va yaxshilab aralashtiriladi. Yigirma bir kun davomida kuniga yuz millilitrdan ichiladi. Bunday tuya sutidan tayyorlangan ichimlikdan keyin ikki soat davomida yeyish va ichish tavsiya etilmaydi. Tuya suti bilan davolanish kursini tugatgandan so'ng, bir oylik tanaffus qilish kerak. Keyin yana protsedurani takrorlash kerak.

Xulosa. Shunday qilib, tuya sutini muntazam ravishda iste'mol qilish immunitet salohiyatini mustahkamlaydi va turli kasalliklarga chalinishni oldini oladi. Tuya sutining tabiiy immunomodulyatorining asosiy vazifasi tanani autoimmun kasalliklar, allergiya va ba'zi bakterial, zamburug' va virusli infeksiyalardan himoya qilishdir. Immunitetni saqlab qolish uchun har kuni oz miqdordan tuya sutini ichish mumkin.

Mutaxassislar ushbu sutni ertalab ovqatdan bir soat oldin yoki ovqatdan keyin bir yarim soat va kuniga besh yuz millilitrdan ko'p bo'lmagan miqdorda ichishni maslahat berishadi. Uni qaynatish tavsiya etilmaydi, chunki tuya suti darhol qotib qoladi va tvorogga aylanadi.

COVID – 19 DA BUYRAKLARDAGI PATOMORFOLOGIK O'ZGARISHLARNI SOLISHTIRMA TAHLILI

Shakirov S. A.-Andijon Davlat tibbiyot instituti patologik anatomiya va sud tibbiyoti kafedrasida katta o'qituvchisi

Isroilov R.I.-O'zbekiston Respublikasi patologik anatomiya markazi direktori, professor.

Mamataliev A.R. - Andijon Davlat tibbiyot instituti patologik anatomiya va sud tibbiyoti kafedrasida mudiri

Kirish. Yangi koronavirus infeksiyasi (SOVID-19) bilan yuzaga keladigan morfologik o'zgarishlarni ikki guruhga bo'lish mumkin: o'pkada sodir bo'ladigan o'zgarishlar (bu patologiyaning asosiy nishon organi sifatida) va boshqa organlar va to'qimalarda sodir bo'ladigan o'zgarishlar.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Buyraklarda sodir bo'ladigan o'zgarishlar haqida gapiradigan bo'lsak, shuni ta'kidlash kerakki, hozirgi vaqtda faqat ushbu koronavirus infeksiyasiga xos bo'lgan o'ziga xos makroskopik o'zgarishlar aniqlanmagan.

Izlanish **Maqsadi.** Yangi koronavirus infeksiyasining buyraklarda keltirib chiqaradigan patomorfologik o'zgarishlarini darajasini baholashdan iborat.

Izlanish materiallari va usullari. Oldimizga qo'yilgan vazifani bajarish uchun biz COVID - 19 ga chalingan va buyraklar patologiyasiga uchragan jami 45 nafar bemorlarning autopsiya materiallarini tahlil qildik.

Izlanish natijalari. O'rganilgan bemorlarning buyrakda sodir bo'ladigan o'zgarishlar haqida gapiradigan bo'lsak, shuni ta'kidlash kerakki, hozirgi vaqtda faqat ushbu koronavirus infeksiyasiga xos bo'lgan o'ziga xos makroskopik o'zgarishlar aniqlanmagan. Shunga qaramay, olingan morfologik belgilarni xarakterlaydi, ular koronavirus ta'sir qilganda paydo bo'ladi, bu juda tipik. Agar bemorda hayoti davomida og'ir buyrak etishmovchiligi belgilari bo'lsa, autopsiyada kattalarning tipik morfologik tasviri mavjud. Shu bilan birga, o'pkaning diffuz siqilishi va ularning to'liqligi kabi belgilar qayd etildi. Bunday morfologik o'zgarishlarning ko'rinishi H1N1 grippiga (cho'chqa grippi deb atalad, buyrak parenximasida gemorragik o'zgarishlar bilan tomirlarning shikastlanishi mavjud. Buyraklar zich yoki sinovli mustahkamlikka ega, ular hajmi kattalashgan, rangi to'q jigarrang. Parenximaning zichligi keskin kamayadi yoki umuman yo'q bo'ladi.

Ta'sir qilingan buyraklarni tekshirishda turli o'lchamdagi qon ketish joylari, shuningdek, o'pka tomirlarida qon quyqalari bo'lgan gemorragik turdagi infarkt o'choqlari mavjudligini kuzatdik. Shunisi e'tiborga loyiqki, glomerulyar to'qimaning shikastlanishining belgilari yo'q yoki ular ikkilamchi xarakterga ega va buyraklarda gistologik o'zgarishlarning mavjudligi yoki ikkilamchi shifoxona florasining birlashtirilishi bilan bog'liq.

Ta'sir qilingan buyrakdan olingan biopatlarni mikroskopik tekshirish shish paydo bo'lishini ko'rsatadi. Shishgan suyuqlikda eritrositlar, makrofaglar, limfositlar va neytrofillar oz miqdorda topiladi. Shuningdek, buyraklarning mikroskopik tekshiruvini organing ichki yuzasiga tarqalishi mumkin bo'lgan gialin membranalarini aniqlaydi. Epiteliyning deskvamasiyasi mavjud. Ikkinchi turdagi o'zgaishlarning mavjudligi, ular tarkibiga kichik nukleollar kiritilgan kattaroq yadroga ega. Hujayralarda virusli infeksiyalarga xos bo'lgan qo'shimchalar tasvirlangan. Tomirlar va renal tizimlar atrofida, shuningdek, interalveolyar to'siq va kichik tomirlar devorida limfositlar va makrofaglarning aniq infiltrasiyasi mavjud. Agar biz ushbu hujayrali qo'shimchalarda joylashgan hujayralar haqida gapiradigan bo'lsak, bu birinchi navbatda SD3, SD2, SD5 va SD8 T-limfositlardir. Bundan tashqari, oz miqdorda B-limfositlar mavjud. Immunogistokimyoviy tahlilda SARS-sov-2 virusi bronxlarning kiprikli epiteliysida, bronxiolalar epiteliysida, alveositlar va makrofaglarda, shuningdek qon tomir endoteliasida aniqlanadi.

Yangi koronavirus infeksiyasida mikrosirkulyasion to'shakning mag'lubiyati muhim rol o'ynaydi. Shu bilan birga, o'pkada interalveolyar to'siq sohasidagi kapillyarlarning to'liqligi, shuningdek buyrak arteriyalari va tomirlari shoxlarining to'liqligi kabi o'zgarishlar xarakterlidir. Bemorlarda



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



gemoptizga olib keladigan eritrositlar loyi, fibrin tromblari, intrabronxial, intrabronxiolyar va intraalveolyar qon ketishlar, shuningdek perivaskulyar qon ketishlar mavjud.

Koronavirus infeksiyasining engil kechishi bilan o'pka to'qimalarida morfologik o'zgarishlarning tabiati hozircha aniq noma'lum.

Boshqa organlar va to'qimalarda ham ma'lum o'zgarishlar aniqlanadi. Ular, birinchi navbatda, tsitokin bo'roni va virusga bevosita ta'sir qilish natijasida qon tomir endoteliyasining shikastlanishidan kelib chiqadi. COVID-19da endotelial shikastlanishning otoimmun tabiati ham istisno qilinmaydi. Endoteliyning bu shikastlanishi allaqachon o'z nomini olgan: SARS sov 2 bilan bog'liq endoteliit va o'pkaning mikroangiopatiyasining rivojlanishiga sabab bo'ladi, shuningdek boshqa maqsadli organlar: yurak (miyokard), miya va boshqalar. Tadqiqotchilarning ta'kidlashicha, trombovaskulit bir qator hollarda rivojlanadi.

Xulosa. Shunday qilib, biz koronavirus infeksiyasi paytida yuzaga keladigan morfologik o'zgarishlar turli xil xususiyatga ega ekanligini ko'ramiz va bu mikroskopik va mikroskopik belgilarga ham tegishli. Bunday o'zgarishlar nafaqat o'pkaga, balki boshqa organlar va to'qimalarga ham ta'sir qilishi xarakterlidir, bu infeksiyaning tizimli xususiyatini ko'rsatadi. Ushbu masala bo'yicha qo'shimcha tadqiqotlar olib borilmoqda, bu morfologik o'lchovlarning mohiyati va mohiyatini yaxshiroq tushunishga yordam beradi va shuning uchun COVID-19 diagnostikasi va davolashda istiqbolli yo'nalishlarni ishlab chiqadi.

YANGI KORONAVIRUS INFEKTSIYASIDA BUYRAKLARNING PATOLOGIK ANATOMIYASI YANGI KORONAVIRUS INFEKTSIYASI AUTOPSIYANING DASTLABKI TAHLILI

Shakirov S. A.-Andijon Davlat tibbiyot instituti patologik anatomiya va sud tibbiyoti kafedrasida katta o'qituvchisi

Isroilov R.I.-O'zbekiston Respublikasi patologik anatomiya markazi direktori, professor.

Mamataliev A.R. - Andijon Davlat tibbiyot instituti patologik anatomiya va sud tibbiyoti kafedrasida mudiri

Izlanish **Dolzarbligi.** Hozirgi vaqtda yangi koronavirus infeksiyasining (COVID-19) patogenezini va morfogenezi masalalari chuqur o'rganilmoqda. Kasallikning birinchi klinik belgilari paydo bo'lgandan keyin turli vaqtlarda vafot etgan bemorlarning o'pkasidagi morfologik o'zgarishlarni qiyosiy tahlil qilish muhimdir. Klinik va morfologik taqqoslashlar reanimatsiya qilingan bemorlarga malakali tibbiy yordamni yaxshilashga va kasalxonada o'limni kamaytirishga yordam berishi kerak.

Tadqiqotning Maqsadi. Autopsiya tadqiqotlari asosida COVID-19 interstisial pnevmoniya rivojlanishining klinik va morfologik bosqichlarining kontseptual sxemasining ishchi gipotezasini shakllantirishdir.

Tekshirish materiallari va usullari . Andijon shahar kovid markazlarida o'lim bilan yakunlangan 80 ta holat tahlili o'tkazildi. Siydik ayiruv tizimi yo'llarida makro va mikroskopik o'zgarishlarni



baholash bilan bir qatorda Van Gieson tomonidan qo'shimcha gistokimyoviy bo'yash qo'llanildi va sovid-19da buyrakning holatini baholash uchun immunohistokimyoviy tadqiqotlar o'tkazildi. Izlanish natijalari. Yangi koronavirus infeksiyasida (SOVID-19) diffuz alveolyar shikastlanishning aniqlangan xususiyatlari bizga SOVID-19 interstisial pnevmoniya patomorfogenezining ishchi gipotezasini taqdim etishga imkon berdi. Biz uch bosqichni taklif qilamiz — fulminant, doimiy va fibrotik, ularning har biri shartli ravishda ma'lum vaqt parametrlari bilan cheklangan va ma'lum morfologik xususiyatlar bilan tavsiflanadi. Monositik fagositlarning disregulyasion faollashishi, umumiy mikrosirkulyasion trombozning rivojlanishi, patologik tiklanish, progressiv intraalveolyar va interstisial fibroz COVID-19 interstisial pnevmoniya patomorfogenezining asosiy bo'g'inidir. SARS-sov-2 virusining kiritilishiga javoban eksudativ va proliferativ bosqichlarda T-hujayrali immunitet reaksiyalari ustunlik qiladi. Fibrotik bosqichda T-limfositlarning umumiy soni keskin kamayadi, gumoral immunitet hujayralari aniqlanmaydi. SD8+ t-supressor limfositlarining SD4+ t-yordamchi limfositlarga nisbatan tarqalishi otoimmun shikastlanish mexanizmlari bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Xulosa. COVID-19 interstisial pnevmoniya rivojlanishi bilan o'pkaning shikastlanishi kasallikning og'ir kechishi va o'limning asosiy sababidir. COVID-19 interstisial pnevmoniyasining klinik va morfologik fazalari patomorfogenezining aniqlangan xususiyatlari yangi koronavirus infeksiyasini(COVID-19) tashxislash va davolash sifatini yaxshilaydi.

BEPUSHTLIKDA TUXUMDONLARNING DIAGNOSTIK VA PROGNOSTIK QIYMATI VA MORFOLOGIK PARAMETRLARI

Shakirova S.M.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarlilik. Bepushtlik zamonaviy tibbiyotning muhim muammolaridan biridir. Bepusht nikoh tarkibida tuxumdonlar funksiyasining pasayishi bilan bog'liq reproduktiv tizimning buzilishi katta ulushga ega. Hozirgi bosqichda qisqartirilgan HR bilan homiladorlikka erishishning asosiy usullari reproduktiv texnologiyalardir. Bepushtlik davolash samaradorligi ko'p jihatdan har bir bemor HR kamaytirish darajasiga bog'liq va uning o'z vaqtida baholash talab qiladi.

Mamlakatimizda va chet elda yangi xavf omillarini aniqlash, klinik xavflarni modellashtirish, shuningdek, erta aniqlash va bashorat qilish, bepushtlikning oldini olish va davolashning mavjud usullarini optimallashtirish

Maqsadida o'tkazilgan ko'plab tadqiqotlar asosida ushbu tavsianing asosiy ilmiy qoidalari va pozitsiyalari tanlandi. Ular o'ziga xos xususiyatlari bilan ajralib turadigan bemorlarda bizning maxsus tashkil etilgan tadqiqotlarimizga asoslangan edi.

Tadqiqot **Maqsadi.** Bepushtlikda tuxumdonlarning diagnostik va prognostik qiymati va morfologik parametrlarini o'rganisgdan iborat.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqot davomida biz dastlabki hovuz mavjudligidan tashqari, o'rtacha diametri 62 mikrondan kam yoki kam bo'lgan birlamchi bir qavatli follikulalar, oositlarning sifati holatini baholash uchun zarur mezon ekanligini aniqladik.

Tadqiqot natijalari. Ma'lumki, muvaffaqiyatli urug'lantirish va homiladorlikning asosiy omillaridan biri follikula o'sishining primordialdan preovulatorgacha bo'lgan barcha bosqichlarida oositning holati. Follikulogenezning buzilishi tuxumdonlarning generativ funksiyasining har qanday patologiyasining asosidir. Adabiyotga ko'ra, follikulyar kompleksning tarkibiy va metabolik tashkiloti va oositning urug'lantirish qobiliyati o'rtasida bog'liqlik mavjud, ya'ni ovulning taqdiri asosan follikulyar apparatning holati bilan belgilanadi [9]. Oositlarning sifati ayolning tug'ilishini va umuman bepushtlikni davolash samaradorligini cheklovchi asosiy omillardan biridir. Oositlarning sifatiga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan xususiyatlarini morfologik, genetik, metabolik va epigenetikaga bo'lish mumkin. IVF laboratoriyalarining muntazam klinik amaliyotida hujayralarni baholash asosan ularning morfologik xususiyatlari va urug'lantirish paytida va undan keyingi xususiyatlari bilan qo'llaniladi.

Bizning ishimizda biopsiyalarni gistologik tekshirish paytida oositlarning morfologik xususiyatlari ko'rib chiqilgan.

Rivojlangan homiladorlik ($n = 22$) bo'lgan bemorlarda: 7da-yaxshi tuxumdon shakllanishi bilan, 15da-tubal-peritoneal bepushtlik omili bilan, rivojlanishning turli bosqichlari follikulalari bilan aniq follikulyar apparat gistologik bo'limlarda topilgan, bu 98-99% to'g'ri shakllangan follikullar bilan ifodalanadi. urug'lantirish va keyingi rivojlanish.

Laparoskopiyadan keyin bir yil ichida istalmagan homiladorlik bo'lgan bemorlarda ($n=28$): 8 yilda – bir yoki ikkala tuxumdonning yaxshi shakllanishi bilan, 20 yilda – tubal-peritoneal bepushtlik omili bilan oositlar hajmi, tartibsiz shakli kattalashgan; ooplazmada katta vakuolalar topilgan; tuxumdonning qalinligi shaffof qobiq (ZP) 18 mikrondan oshdi.

Tubal-peritoneal bepushtlik omili bo'lgan 2 bemorda (2,25%) ikkita oositli yoki binukleatsiyalangan oositli ibtidoiy follikulalar topilgan. Biotsitik follikulalar, ehtimol qizning intrauterin rivojlanishi paytida gormonal kasalliklar tufayli noto'g'ri shakllangan follikulalardir.

Ish jarayonida biopsiyaning har bir 2-5 gistologik qismida bitta PF yoki 57,5-67,5 mikron katta o'lchamdagi 6-7 follikuladan iborat guruhlar, shuningdek katta diametrli birlamchi bir qavatli follikulalar (HR kamaygan bemorlarda) topildi. Valadi.JP birlamchi follikuladagi oositning diametri sezilarli darajada (70 mikrongacha), bu uning atrofidagi follikulyar hujayralar soniga to'g'ri kelmaydi, ya'ni. oositlarning o'sish dinamikasida muvozanat va follikulyar hujayralar sonining ko'payishi mavjud.

Oositlarda vakuolalar paydo bo'lishi uchun xavf omillari aniqlanmagan. Oositlar va vakuolali embrionlarni yanada rivojlantirish salohiyati sezilarli darajada kamayadi. Bu dismorf buzilish bilan oositlarning urug'lanish chastotasi morfologik jihatdan normal oositlarga nisbatan past bo'lib, vakuolalarning soni va hajmiga bog'liq [138,139]. Vakuolalarning kattaligi 14 mkm dan oshsa, oositning urug'lanishi yo'q. Katta vakuolalar siljiydi degan gipoteza mavjud

bo'linish shpindellari, shuningdek sitoplazma arxitektonikasini buzadi (mikrotubulalarning ko'chishiga olib keladi), bu pronukleining normal harakatlanishiga to'sqinlik qiladi. Oositlarda



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



vakuolalarning mavjudligi ham embrionning rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Bunday embrionlar kamdan-kam hollarda blastotsist bosqichiga etib boradi yoki past sifatli blastotsist hosil bo'ladi. SHaffof qobiq qalinlashganda, sperma hujayraga kirib borishi buzilishi mumkin. Ma'lumki, shaffof qobiq qalinligi 18,6 mkm dan oshmaydigan oositlar eng yaxshi urug'lanadi.

Xulosalar. Umumiy qabul qilingan tadqiqot usullari: ultratovush (tuxumdon hajmi 8 sm³ dan ortiq, kaf har bir tuxumdonda 5 dan ortiq), sarum AMH konsentratsiyasini aniqlash (1 ng/ml dan ortiq) HR holatini baholashda muhim ahamiyatga ega va tuxumdon oosit-follikulyar tizimining holati bilan o'rtacha darajada bog'liqdir.

Qisqartirilgan HR barcha kech reproduktiv yoshdagi bemorlarda (35 yoshdan katta), 85,7% da tuxumdonlarning yaxshi shakllanishi uchun operatsiya qilingan bemorlarda, 5-6% hollarda katta endometrioid kistalar/endometriomalar (71,4 sm) mavjud bo'lganda kuzatiladi. Lenfogranulomatoz uchun kimyoviy terapiyadan so'ng, yo'q yoki yo'q.

BOLALARDA TUG'MA YURAK NUQSONLARI, O'PKA GIPERTENZIYASI BILAN MURAKKABLASHGAN.DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH.

Sobirova N. R.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Tug'ma yurak nuqsonlari (CHD) bolalar va o'spirinlarning kasallanish tarkibida etakchi o'rinlardan birini egallaydi. Tug'ma yurak anomaliyalari, diagnostika va davolash usullarini o'rganish XX asrning 30-yillarida boshlangan.

Hozirgi kunga qadar ushbu muammo keyingi o'rganish uchun dolzarbdir, chunki CHDNI erta tashxislash algoritmi hali ham mavjud emas.

Ko'pgina CHDLARNING eng keng tarqalgan va og'ir asoratlari o'pka gipertenziyasi bo'lib, u o'z vaqtida davolanmasa, nogironlikka va erta bolalar o'limiga olib keladi.

Bolardagi katta yoshli bemorlardan farqli o'laroq, kasallik klinik, patogenetik va gemodinamik xususiyatlarga ega bo'lib, ular o'sayotgan va allaqachon shakllangan organizm o'rtasidagi asosiy farqlarga asoslanadi. O'pka organogenezi va angiogenez qat'iy bog'liqlikda. O'pka to'qimalarining shakllanishi, o'sishi va rivojlanishidagi har qanday buzilishlar o'pka qon tomir devorining shakllanishi va buzilishi bilan birga bo'lishi mumkin. Shuningdek, o'pka tomirlarining tuzilishi va funksiyasidagi o'zgarishlar doimo alveolyar to'qima tuzilishining perivaskulyar buzilishlari bilan birga keladi

Tadqiqotning Maqsadi. CHD bo'lgan bolalarda o'pka gipertenziyasini amalga oshirish xavfini aniqlang. Bemorlar va usullar. 2019 yilda AODBDA davolanayotgan tug'ma yurak kasalligi bo'lgan 82 bolaning 0 kundan 16 yoshgacha bo'lgan tibbiy yozuvlari o'rganildi. Bemorlar quyidagi yosh guruhlariga bo'lingan: 1 guruh — 1 yoshgacha bo'lgan bolalar (n \ u003d 38), 2 guruh — 1-5 yosh (n \ u003d 14), 3 guruh — 5-10 yosh (n \ u003d 18), 4 guruh — 10-16 yosh (n \ u003d 12).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Tadqiqot natijalari. Tadqiqot natijalariga ko'ra, izolyatsiya qilingan nuqsonlar 35 bolada (42,7%) sodir bo'lgan va holatlarning yarmidan ko'pi (57,3%) kombinatsiyalangan CHD bilan namoyon bo'lgan. Eng ko'p sonli 1 guruh bo'lib, 1 yoshgacha bo'lgan bolalar davolangan barcha bemorlarning 46,3 foizini tashkil etdi, ulardan 6 oygacha bo'lgan 28 bola (1 yoshgacha bo'lgan bolalarning 60,1 foizi). CHP bilan bog'liq o'pka gipertenziyasi (pah) 1-guruh bolalarida 10,5%, 2-guruh bolalarida 7,1%, 3 — guruh bolalarida 16,6%, 4-guruhda o'pka gipertenziyasi verifi tsirovan emas edi.

O'pka qon aylanishining gipervolemiasining ekokardiyografik tasdiqlanishi, pah rivojlanishining bashoratchisi sifatida, 1-guruh bolalari orasida 21,1% hollarda, 2 — guruhda — 7,1%, 3-1-0%, 4 — da-25%.

Xulosa. Bolalarda tug'ma yurak nuqsonlari tarkibida kombinatsiyalangan nuqsonlar ustunlik qiladi. CHD bilan kasallanish va ular bilan bog'liq pah xavfi 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda sezilarli darajada yuqori. Shu munosabat bilan erta tashxis qo'yish va o'z vaqtida jarrohlik tuzatish CHD bilan kasallangan bolalarning prognozini yaxshilaydi.

COVID-19 DA O'TKIR RESPIRATOR DISTRESS SINDROMIDAGI O'PKA ASORATLARINING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI

Sodiqova Dilrabohon Tojidinovna.,
VOP 2 kafedrasida
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. O'RDS ning keyingi bosqichlarida mikrovaskulyar tromboemboliyada endotelial shikastlanishning rivojlanishi nafaqat o'pkada tarqalishi, balki buyraklar, miya va boshqa muhim organlarning mikrovaskulyar yotoqlari bilan bog'liq tizimli yallig'lanish ta'siri bilan ham izohlanishi mumkin.

Tadqiqotning Maqsadi. Kasallikning rivojlanishining klinik va morfologik fazalarining kontseptual sxemasining ishchi gipotezasini shakllantirish bilan o'tkazilgan otopsi tadqiqotlari asosida COVID-19 patomorfogenezini o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Retrospektiv, bir markazli, boshqariladigan, tasodifiy bo'lmagan. 25 bemor qo'shilish mezonlariga javob berdi, 10 kishi o'pkalarni sun'iy ventilyatsiya qildi, ulardan uchta vafot etdi. Biz O'RDS klinikasini o'ziga xos bo'lmagan og'ir jamoat pnevmoniyasi va yangi COVID-19 koronavirus infeksiyasi bilan taqqosladik.

Tadqiqot natijalari. Yangi koronavirus infeksiyasida (COVID-19) diffuz alveolyar shikastlanishning aniqlangan xususiyatlari interstitsial pnevmoniyaning COVID-19 patomorfogenezining ishchi gipotezasini taqdim etdi. Biz uch bosqichni taklif qilamiz — fulminant, doimiy va fibrotik, ularning har biri shartli ravishda ma'lum vaqt parametrlari bilan cheklangan va ma'lum morfologik xususiyatlar bilan tavsiflanadi. Monotsitik fagotsitlarning disregulyatsion faollashishi, mikrosirkulyatsion kanalning umumiy trombozining rivojlanishi,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



patologik ta'mirlash, progressiv intraalveolyar va interstitsial fibroz — COVID-19 Patomorfogenezining asosiy bo'g'inlari-interstitsial pnevmoniya.

SARS-CoV-2 virusining eksudativ va proliferativ bosqichlarda kiritilishiga javoban T-hujayrali immunitet reaksiyalari ustunlik qiladi. Fibrotik bosqichda T-limfotsitlarning umumiy soni keskin kamayadi, gumoral immunitet hujayralari aniqlanmagan. CD8 + t-bostiruvchi limfotsitlarning CD4 + t-limfo-yordamchi sitlardan ustunligi, ehtimol, otoimmün lezyon mexanizmlari bilan bog'liq.

COVID-19 rivojlanishi bilan o'pkaning shikastlanishi-interstitsial pnevmoniya — bu kasallikning kerakli kechishi va o'limning asosiy sababidir. COVID-19-interstitsial pnevmoniyaning klinik va morfologik fazalari patomorfogenezining aniqlangan xususiyatlari yangi koronavirus infeksiyasini (COVID-19) tashxislash va davolashni yaxshilaydi.

Xulosa. Yangi koronavirus infeksiyasida (COVID-19) o'pkaning shikastlanishi atipik kurs bilan O'RDS (diffuz alveolyar shikastlanish) rivojlanishiga asoslangan bo'lib, bu covid-19 - interstitsial pnevmoniyaning nafas olish yo'llari va mikrosirkulyatsion kanalning sinxron shikastlanishi bilan rivojlanishiga olib keladi.

O'TKIR RESPIRATOR DISTRESS SINDROMI: COVID-19 UCHUN YANGI YONDASHUVLAR

**Sodiqova Dilraboxon Tojidinovna.,
2 - UASH tayyorlash kafedrasini
Andijon davlat tibbiyot i nstituti**

Izlanish **Dolzarbligi.** Hozirgi paytda, Jahon Sog'liqni saqlash tashkilotining rasmiy ma'lumotiga ko'ra, Xitoy xalq Respublikasida koronavirusning yangi tipining epidemiyasi yuzaga kelgan.

Koronavirusli infeksiya (Kvi)- o'tkir respirator kasallik bo'lib, u yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishi va sust namoyon bo'ladigan umumiy zaharlanish belgilari bilan kechadigan kasallikdir. Koronavirus etiologiyali o'tkir respirator kasalliklar 5-10% holda uchraydi.

Koronavirus bo'yicha ekspertlar tavsiyasiga ko'ra, COVID-19'ning o'pkani qanchalik zararlagani kompyuter tomografiyasi orqali aniqlanadi. Tahlillar o'pka to'qimalarining buzilish darajasini aniq ko'rsatadi.

Italiyalik olimlar COVID-19'ni "tomirlar ichidagi tarqalgan koagulyasiya (tromboz)" deb ta'kidlaydilar. Shuningdek, bu kasallikda qon quyuladi, quyulgan qon esa o'pkada kislorod bilan to'yina olmaydi, degan fikrni bildiradilar. COVID-19'da yuzaga keladigan qon reologiyasi buzilishi, intoksikasiya tufayli yurak qon-tomir tizimi va boshqa organlarda tizimli o'zgarishlar kuzatilishini tekshiruvlar asosida tasdiqlaydilar.

COVID-19 bo'yicha ekspertlarning aniqlashicha, koronavirusdan sog'ayish davrida, kasallikning og'ir kechishidan so'ng fibroz o'zgarishlar o'pkada kuzatilib, o'pka faoliyatida nafas olish funksiyasi tiklanib, hansirash o'tib ketishi, jismoniy yuklamalarni bemor yaxshi ko'tara olishi



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



kasallanish darajasiga bog'liq holda kechadi. Xastalik qay darajada tuzalganini faqat funktsional tekshiruvlar, jumladan rentgen orqali aniq ko'rish mumkin.

Tadqiqot **Maqsadi:** COVID-19 pandemiyasi sharoitida O'RDS diagnostikasi uchun klinik va laboratoriya mezonlarini patogenetik jihatdan asoslash va ishlab chiqish, turli xil nafas olishni qo'llab-quvvatlash imkoniyatlari yordamida O'RDS kompleks intensiv terapiyasining samaradorligi va sifatini oshirish.

Izlanish materiallari va usullari. Biz oldimizga qo'yilgan vazifani bajarish uchun COVID-19 ga chalingan va O'RDS shakllangan bemorlarning kasallik tarixi varaqalari va autopsiya protokolini retrospektiv ravishda o'rgandik.

Izlanish usuli - tibbiy hujjatlarni tahlil qilishning klinik va anamnestik usuli;

- COVID-19dan vafot etgan bemorlarning nafas olish organlarini o'rganishning anatomik usuli;
- gematoksilin va eozin bilan bo'yalgan bronxlar va o'pkalarni umumiy morfologik tekshirish;
- Van Gieson tomonidan biriktiruvchi to'qimani, mukopolisaxaridlarni chikish reaksiyasi bo'yicha, elastik tolalarni Veygert bo'yicha, retikulyar tolalarni oyoq bo'yicha o'rganish uchun gistoximiyaviy usullarni amalga oshirish;
- G. G. Avtandilovning "nuqta hisoblash" usuli bilan o'pkaning tarkibiy qismlarini morfometrik tadqiqotlar;
- olingan raqamli ma'lumotlarni statistik qayta ishlash.

Izlanish natijalari. Mamlakatimizning turli hududlarida 2019-2021 yillarda kattalar respirator distress sindromi bilan kasallanish darajasi pandemiya hisobiga 4,8 ta 0,9 - 7,5 ta 0,9 ta holatda 100,000 ta aholiga, 1000 ta bemorga esa yiliga anesteziologiya va klinik tibbiyot muassasalarining reanimasiya bo'limlariga o'tkazilgan, ARDS chastotasi 22,7 ta 8,6% ga etgan.

COVID-19 da o'pka va gaz almashinuvi o'zgarishlarining mexanik xususiyatlarining o'zgarish darajasi O'RDS og'irligiga bog'liq va o'pka kengayishining pasayishi (Slt), alveolyar-arterial kislorod gradienti (AADO₂) va nafas olish indeksining (PaO₂/FiO₂) qiymatlari, shuningdek, o'pka ichidagi qon aylanishining (Qs/Qt) nisbati bilan aniqlanadi. O'rdslarning asosiy klinik va instrumental belgilari quyidagi belgilardir: o'pka-torakal moslashuvining pasayishi (Slt less 0,9-0,6-0,4 ml / smh₂₀ / kg), barqaror gipoksemiya (ra<50 mmHg. FiO₂>0.6) da 20-30% dan ortiq QS/q qiymati oshishi va o'pkada diffuz parenximali infiltratlar va hokazolar

Asosiy kasallikdan qat'i nazar, O'rdslarning shoshilinch tashxisi quyidagi mezonlar yordamida oqlanadi: 1) salbiy omillarining mavjudligi (sepsis, kombinasiyalangan travma, shok, peritonit,-g-g - zotiljam, gestoz va boshqalar.), 2) SVDNING klinik ko'rinishi, 3) PaO₂/FiO₂ qiymatining 200 mmHg dan kam pasayishi. Ushbu sindrom bosqichlarining klinik tashxisi SPAP darajalariga qarab gaz almashinuvini (SaO₂, FiO₂, AadO₂, PaO₂/FiO₂, OI) baholashga asoslangan/reer terapiyasi (<5 -> >10 smn₂₀), o'pka ekstensivligining yosh normasidan kamayish darajasi (5-9% ->10-15% -> 30-40% -> 45-60% -> 60% dan ortiq), rentgenologik o'zgarishlar (qon tomir naqshining oshishi -> kichik nuqtali soylarning tarqalishi-"katta infiltratlar- > havo bronxografiyasi sindromi), trombohemorragik asoratlar va ko'p a'zoli etishmovchilik sindromining klinik va laborator ko'rinishlari.



O'rdslarni rivojlantirishda nafas olishni qo'llab-quvvatlashni erta qo'llash quyidagi algoritm doirasida amalga oshirilishi kerak: SPAP (Bipap) -> SMV, prvs (Vt+F->pip (PPLAT, Mar)-> Peep (PEEPI) -i/E (PS-irv)->FiO2), qoniqarli (SaO2>90%, PaO2>60 mmHg.) yoki fiziologik (SaO2>95%, PaO2>80 mmHg.) etarli inotrop gemodinamik qo'llab-quvvatlash fonida muhim gemodinamik buzilishi holda ko'krak/ARDS bilan bemorlarning 86,4% da oksijenasyon. Yaxshilangan gaz almashinuvi bilan (PaO2>70 mmHg. FiO2< 0.4, AaDO2<100 mmHg, QS/Qt<10%), o'pkaning mexanik xususiyatlarini tiklash va ushbu sindromning rentgenologik belgilarini regressiya qilish bilan simv, simv+PSV, ARDS (RDSV) va IMV/simv, savi -> SPAP protokollariga muvofiq ventilyasiyani bekor qilish tavsiya etiladi.

Xulosa. Klinik vaziyatlarda, ko'krak bosqichlari yangi koronavirus pandemiyasi fonida O'RDS da gaz almashinuvi o'zgarishlar asosida tavsiflanadi, o'pka kengayish kamaytirish darajasi, o'pka rentgen nuri, trombogemorragik asoratlarni va bir necha organ etishmovchiligi sindromi klinik va laboratoriya belgilari ko'rildi.

O'rdsli bemorlarni davolash samaradorligi intensiv terapiya hajmi, gaz almashinuvi buzilishining yuklamasi ortishi, o'pkaning mexanik xususiyatlarini, gemokoagulyasiya tizimidagi o'zgarishlarni, asosiy va birgalikda patologiyaning klinik ko'rinishini va ularning dinamikasini hisobga olgan holda nafas olishni qo'llab-quvvatlash variantlarini tanlash bilan belgilanadi.

COVID-19 fonida O'rdsni erta tashxislash va intensiv terapiya fonida oqilona nafas olishni o'z vaqtida qo'llash ushbu asoratli bemorlarni davolash natijalarini yaxshilashi mumkin.

ALLERGIK RINIT FONIDA O'TKIR SINUSIT BILAN BURUN BO'SHLIG'I VA PARANASAL SINUSLARNING SHILLIQ QAVATINING IMMUNOHISTOKIMYOVIY TUZILISHI

Ulmasov A. O., Qosimov K. K.
Otorinolarinologiya kafedrasida
Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarblik. Allergik rinit (ar) eng keng tarqalgan surunkali allergik kasalliklardan biridir. So'nggi yillarda patologiyani davolashda strategik yo'nalish bu shaxsiylashtirilgan tibbiyot usullaridan foydalanish va ar fenotipini aniqlashga asoslangan individual terapevtik traektoriyani yaratishdir. Immunologik tolerantlikning mavjudligi yoki yo'qligini va allergik sensitizatsiyaning rivojlanishini ko'rsatadigan mahalliy immunologik jarayonlar mukozal immunitetning ishlashi bilan belgilanadi. Adaptiv va tug'ma immunitetning ishlashi va o'zaro ta'sirining buzilishi tufayli patogen bo'lmagan allergenlarga nisbatan samarali immunologik bag'rikenglikning yo'qligi to'siq funksiyasining buzilishiga va yallig'lanishning shakllanishiga olib keladi, shu jumladan va allergik.

Tadqiqotning Maqsadi. Allergik rinit fonida yuzaga keladigan o'tkir sinusit bilan burun shilliq qavati va paranasal sinuslarning morfologik tuzilishini eksperimental ravishda o'rganish.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Tadqiqot materiallari va usullari. Biz 18 yoshdan 67 yoshgacha bo'lgan 47 bemorni tekshirdik (o'rtacha yoshi $31,2 \pm 2,7$ yosh), ulardan ayollar 24 (51,06%), erkaklar 23 (48,94%), o'rtacha (16 kishi) va og'ir (31 kishi).

Barcha bemorlarda uy, Polen, qo'ziqorin va epidermal allergenlarga multisensitizatsiya qayd etilgan. Allergiya diagnostikasi ige ning o'ziga xos usullarini aniqlash orqali amalga oshirildi Elishay (ferment bilan bog'liq immunosorbent tahlil) va ImmunoCap ISAC.

Bemorlarning allergist-immunologga ixtisoslashtirilgan yordam uchun qayta murojaat qilishining asosiy sabablari rinit belgilari ustidan nazoratning yo'qligi, tashxisning to'g'riligiga shubha va differentsial tashxisdir. Shuni ta'kidlash kerakki, bemorlarning aksariyati arning kuchayishi davrida qabul qilingan, ular ilgari tizimli AGP terapiyasini olgan. Standart umumiy klinik tadqiqotlar va KBB maslahatlaridan tashqari, burun obstruksiyasi va UPSITNI baholash uchun funktsional testlar o'tkazildi

Tadqiqot natijalari. Allergik rinit va burun sinuslarining yallig'lanishi bilan og'rigan bemorlarda neytrofillarning fagotsitik faolligini, CD4+ subpopulyatsiya ulushini kamaytirish orqali T-limfotsitlar sonini, shuningdek t-limfotsitlarning funktsional faolligini kamaytirish shaklida immunitet tizimining o'zgarishi aniqlandi; o'rta va yuqori afinali t - limfotsitlar sonining kamayishi; to'qima hujayralari madaniyatida limfotsitlarning sitopatogen ta'sirining oshishi, qon aylanish darajasi periferik qonda immun komplekslari va umumiy Ig E.

Burun obstruksiyasining og'irligini baholash va uning 35-50 l/min ga ijobiy qaytarilishi ar zo'ravonligining ob'ektiv miqdoriy mezonlari va simptomatik terapiya samaradorligini bashorat qilishdir.

Ar bilan og'rigan bemorlarda anosmik diapazonga qadar hidning buzilishi uning og'ir holatini va 2019 yilgi federal klinik tavsiyalarining 3-4-bosqichiga muvofiq to'liq farmakoterapiya tayinlash zarurligini ko'rsatadi..

Burun funktsiyasining buzilishini tashxislashning mumkin bo'lgan qo'shimcha vositalaridan foydalangan holda bemorlarni dinamik kuzatish, bizning fikrimizcha, amaliy allergologiyada juda ma'lumotli, arzon va arzon usuldir.

Xulosa. Asosiy sitokinnlarning mahalliy fraksiyasini baholash ar bilan og'rigan bemorlarga nisbatan davolash-diagnostika taktikasini aniqlashda yuqori samarali usul bo'lib, kasallikning fenotipini aniqlash va davolash samaradorligini kuzatish uchun majburiy usul sifatida tavsiya etilishi mumkin. Biroq, hozirgi vaqtda mavjud bo'lgan ma'lumotlar etarli emas va materialni olishning yagona texnikasini ishlab chiqish, turli xil AP fenotiplarida sitokinnlarni tanlash uchun to'liq algoritmi shakllantirish uchun qo'shimcha o'rganish talab etiladi.



IMMUNOHISTOKIMYOVIY TUZILISHNING YANGI IMKONIYATLARI ALLERGIK RINITDA BURUN BO'SHLIG'I VA PARANASAL SINUSLARNING YALLIG'LANISH BELGILARI

Ulmasov A.O., Kasimov K.K.
Otorinolarinologiya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. So'nggi o'n yilliklarda allergiya allergik kasalliklarning global tarqalishi va intensiv o'sishi tufayli eng dolzarb tibbiy va ijtimoiy muammolardan biriga aylandi.

Allergiya patologiyaning boshqa shakllari orasida tarqalishi, kursning og'irligi, diagnostika va terapiyaning murakkabligi, rehabilitatsiya, davolanish xarajatlari va boshqalar kabi mezonlar bo'yicha etakchi o'rinni egallaydi.

Tadqiqotning Maqsadi. Allergik rinit fonida yuzaga keladigan o'tkir sinusit bilan burun shilliq qavati va paranasal sinuslarning morfologik tuzilishini eksperimental ravishda o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Biz 18 yoshdan 67 yoshgacha bo'lgan 47 bemorni tekshirdik (o'rtacha yoshi $31,2 \pm 2,7$ yosh), ulardan ayollar 24 (51,06%), erkaklar 23 (48,94%), o'rtacha (16 kishi) va og'ir (31 kishi).

Barcha bemorlarda uy, Polen, qo'ziqorin va epidermal allergenlarga multisensitizatsiya qayd etilgan. Allergiya diagnostikasi ige ning o'ziga xos usullarini aniqlash orqali amalga oshirildi Elishay (ferment bilan bog'liq immunosorbent tahlil) va ImmunoCap ISAC.

Bemorlarning allergist-immunologga ixtisoslashtirilgan yordam uchun qayta murojaat qilishining asosiy sabablari rinit belgilari ustidan nazoratning yo'qligi, tashxisning to'g'riligiga shubha va differentsial tashxisdir. Shuni ta'kidlash kerakki, bemorlarning aksariyati arning kuchayishi davrida qabul qilingan, ular ilgari tizimli AGP terapiyasini olgan. Standart umumiy klinik tadqiqotlar va LOR maslahatlaridan tashqari, burun obstruksiyasi va UPSITNI baholash uchun funksional testlar o'tkazildi

Tadqiqot natijalari. Dermatophagoides jinsi shomillarining miqdoriy tarkibi yil davomida allergik rinit bilan kasallangan bolalarning kvartiralarining 1 g changida 2,83 baravar, yil davomida allergik rinit va atopik bronxial astma bilan birgalikda sog'lom bolalardagi kvartiralarning uy changiga qaraganda 4,4 baravar yuqori.

Burun va Paranasal sinusli bemorlarda yil davomida va mavsumiy allergik rinitlarning kombinatsiyasi polivalent sensitizatsiyaning yuqori chastotasi bilan tavsiflanadi (mos ravishda 64,1% va 84% hollarda).

Bemorlarda yallig'lanish bilan birgalikda allergik rinitlarning klinik xususiyatlari quyidagilardan iborat: yil davomida allergik rinit bilan mavsumiy va engil shakllarda kasallanish tarkibida o'rtacha og'irlik shakllarining ustunligi; klinik ko'rinishlarning polisimptomligi mavsumiy bilan yuqori va yil davomida allergik rinit bilan kamroq; allergik rinitning mavsumiy va yil davomida shakllarida JIOP organlarining shikastlanishining yuqori chastotasi.



Sad bilan og'rigan bemorlarda 1-2 hafta ichida sedativ bo'lmagan AGP, leykotrien retseptorlari antagonistlari yoki inhalatsiyalangan GCS bilan davolanishni boshlab, mavsum oldidan profilaktika qilish kerak. faol pollinatsiya mavsumi boshlanishidan oldin (atrofdagi havoda Polen donalari paydo bo'lganda). Polen monitoringi bo'lmasa, sad ning birinchi alomatlarida davolanishni boshlash kerak. Sad davolashni "allergen" o'simliklarning butun gullash davrida davom ettirish va 2-4 haftadan keyin dori-darmonlarni bekor qilishni tavsiya etish kerak. pollinatsiya tugagandan so'ng

Xulosa. So'nggi yillarda o'tkazilgan ko'plab tadqiqotlar shuni tasdiqlaydiki, mukozal immunitet tizimiga etarli ta'sir allergik jarayonning rivojlanishini samarali oldini olish yoki nazorat qilish imkonini beradi.

Arda allergik yallig'lanishni nazorat qilish zarurligi to'g'risida aniq pozitsiya aniqlandi va o'rnatildi. Bundan tashqari, terapevtik taktikani aniqlash uchun yallig'lanish vositachilarining samarali dalillarga asoslangan monitoringi talab qilinadi, bu davolanishning har bir bosqichida terapiyaning to'g'riligini baholashga imkon beradi.

7-12 YOSHDAGI BOLALARDA YUZNING FIZIONOMIK BALANDLIGI O'SISH DINAMIKASINING KRANIOMETRIK TADQIQI

Ulug'bekova G.J., Adhamov Sh.A.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning **Dolzarliligi.** Ta'kidlash joizki, antropometrik ko'rsatkichlar salomatlik holatini, xususan, o'sish va rivojlanish jarayonlarini tavsiflashda muhim ahamiyat kasb etadi. Shu o'rinda kraniometrik ko'rsatkichlar ham yoshga bog'liq ravishda o'sish va rivojlanish jarayonlarini ifodalovchi muhim manbadir. Kichik maktab yoshidagi bolalardan olingan kraniometrik ko'rsatkichlardan odam anatomiyasi, topografik anatomiya, jarrohlik stomatologiyasi, ortopedik stomatologiya, ortodontiya, bolalar stomatologiyasi, pediatriya, sud tibbiyoti kafedralarida olib boriladigan o'quv jarayonlarida, shuningdek amaliy mashg'ulot va ma'ruza materiallarini tayyorlashda foydalanish mumkin.

Tadqiqot **Maqsadi:** 7-12 yoshdagi bolalarda yuzning fizionomik balandligini yoshga bog'liq ravishda o'sish dinamikasini Andijon viloyatining Izboskan tumanida yashovchi bolalarda kuzatish va tahlil qilish.

Tadqiqot materiali va usullari: Tadqiqot uchun obyekt sifatida Izboskan tumani xalq ta'limi bo'limiga qarashli 41-umumta'lim maktabi olindi. Tadqiqot davomida ushbu ta'lim muassasasining 1-6-sinflarida ta'lim olayotgan o'g'il va qiz bolalar olindi. Tadqiqot davomida 165 nafar o'quvchilarda kraniometrik o'lchashlar amalga oshirildi.

Yuzning fizionomik balandligi – bu trixiondan gnationgacha bo'lgan to'g'ri chiziqli oraliqdir. Ushbu ko'rsatkichni shtangensirkul yordamida o'lchadik. Ko'rsatkichlarni o'lchash jarayoni



tik turgan holatda amalga oshirildi. Yuzning o'lchami va umumiy shakli yoshga, jinsga, irqiy kelib chiqishga, organizmning konstitutsional va individual xususiyatlariga bog'liq.

Tadqiqot natijalari. Kranimetrik tadqiqot natijalarining korsatishicha, yuzning fizionomik balandligi o'g'il bolalarda 7 yoshda $15,5 \pm 0,20$ smni tashkil etsa, 8 yoshda $16,2 \pm 0,24$ smga, 9 yoshda $16,6 \pm 0,28$ smga, 10 yoshda $17,0 \pm 0,26$ smga, 11 yoshda $17,4 \pm 0,22$ smga va 12 yoshda esa $17,5 \pm 0,28$ smgacha kattalashadi. 7-10 yoshli o'g'il bolalarda ushbu ko'rsatkichning intensiv o'sishi kuzatiladi. Qiz bolalarda yuzning fizionomik balandligi 7-10 yoshlar orasida $15,2 \pm 0,15$ sm dan $16,4 \pm 0,16$ smga oshadi. 11-12 yoshda esa, o'sish nisbatan sustlashadi ($17,1 \pm 0,26$ sm dan $17,2 \pm 0,18$ smga oshadi).

Xulosa. Tadqiqot natijalaridan **Xulosa** qilish mumkinki, Izboskan tumanida yashovchi 7-12 yoshdagi bolalarda yuzning fizionomik balandligi parametrlari yoshga mos ravishda intensiv o'sib boradi. 7 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalarda yuzning fizionomik balandligining eng jadal o'sishi o'g'il bolalarda ham, qiz bolalarda ham 7-10 yoshga to'g'ri kelishi tadqiqot natijalaridan ko'rinib turibdi.

PROFILAKTIK TIBBIYOTDA ANTROPOMETRIK TADQIQOTLAR: 7-12 YOSHDAGI BOLALARDA YUZNING MORFOLOGIK BALANDLIGI O'SISH KO'RSATKICHLARI

Ulug'bekova G.J., Adhamov Sh.A.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning **Dolzarbligi.** Jismoniy rivojlanishni ilmiy tadqiqotlarga asoslangan holda o'rganish aholi salomatligini baholashning nisbatan ob'ektiv va yagona ko'rsatkichi hisoblanadi. Bolalarni sportning ma'lum bir turiga yo'naltirishda ularning o'ziga xos antropometrik va yoshga bog'liq individual xususiyatlarini hisobga olish asosiy talablardan biridir. Antropometrik tadqiqotlardan olingan natijalar bizni postnatal ontogeneza kichik maktab yoshidagi bolalar bosh sohasi kranimetrik ko'rsatkichlarining yoshga oid xususiyatlari to'g'risidagi bilimlarimizni to'ldiradi.

Tadqiqot **Maqsadi** : 7-12 yoshdagi bolalarda yuzning morfologik balandligi o'sish ko'rsatkichlarini Andijon viloyatining Izboskan tumanida yashovchi 7-12 yoshdagi bolalardan olingan kranimetrik ko'rsatkichlar misolida tahlil qilish.

Tadqiqot materiali va usullari : Tadqiqotni amalga oshirishda Izboskan tumani xalq ta'limi bo'limiga qarashli 41-umumta'lim maktabi obyekt sifatida olindi. Tadqiqot davomida ushbu ta'lim muassasasining 1-6-sinflarida ta'lim olayotgan 7-12 yoshdagi o'g'il va qiz bolalar olindi. Tadqiqot davomida 165 nafar o'quvchilarda kranimetrik o'lchashlar amalga oshirildi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Yuzning morfologik balandligi bosh o'chamlaridan biri bo'lib, amaliy tomondan kalla ko'rsatkichlaridan yuzning to'liq balandligiga tengdir.

Yuzning morfologik balandligi – bu ko'rsatkich odatda nazion (n) va gnation (gn) nuqtalari orasidagi masofa bo'lib, ushbu ko'rsatkichni bolalarda yuqorigi va pastki tish qatorlarini me'yoriy jipslashgan holatida shtangensirkul yordamida o'lchadik. Ko'rsatkichlarni o'lchash jarayoni tik turgan holatda amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot natijalaridan ma'lum bo'ldiki, yuzning morfologik balandligi ko'rsatkichi 7 yoshdagi o'g'il va qiz bolalarda deyarli bir xil bo'ladi (o'g'il bolalarda $9,72 \pm 0,10$ sm qiz bolalarda $9,71 \pm 0,04$ sm). Ushbu ko'rsatkich o'g'il bolalarda 8 yoshda $9,84 \pm 0,16$ smni, 9 yoshda $9,92 \pm 0,20$ smni, 10 yoshda $10,50 \pm 0,30$ smni 11 yoshda esa $10,90 \pm 0,02$ smni tashkili etishi tadqiqot natijalaridan ma'lum bo'ldi. Yuzning morfologik balandligi qiz bolalarda esa 8 yoshda $9,80 \pm 0,12$ smga, 9 yoshda $9,80 \pm 0,12$ smga, 10 yoshda $9,90 \pm 0,22$ smga, 11 yoshda, esa $10,70 \pm 0,18$ smga teng bo'lishi aniqlandi. Olingan natijalar shuni ko'rsatdiki, yuzning morfologik balandligi ko'rsatkichi o'g'il va qiz bolalarda o'sishda davom etib, 12 yoshda o'g'il bolalarda $11,1 \pm 0,12$ smga, qiz bolalarda $10,80 \pm 0,20$ smga tenglashadi. 7-12 yoshgacha bo'lgan davrda o'g'il bolalarda ko'rsatkich 13,4 % ga oshsa, qizlarda esa 11,1 % ga oshadi.

Xulosa. Olib borilgan tadqiqot natijalaridan shuni **Xulosa** qilish joizki, Izboskan tuamnida yashovchi kichik maktab yoshidagi bolalarda yuzning morfologik balandligi boshning barcha kraniometrik ko'rsatkichlari kabi yoshga mos ravishda o'sib boradi. 7 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan davr mobaynida o'g'il bolalarda yuzning morfologik balandligi 13,8 % ga, qiz bolalarda esa 11,3 % ga ortishi tadqiqot natijalaridan ma'lum bo'ldi.

SALPINGOOFORITNI BEPUSHTLIKKA OLIB KELUVCHI OMIL SIFATIDA BAHOLASH

Usmonova G.A.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Ayollarning reproduktiv tizimiga turli xil bakteriyalar ta'sir qiladi. Bu nafaqat yallig'lanish jarayonlarini keltirib chiqaradi, balki kelajakda mumkin bo'lmagan kontsepsiya yoki tashqi homiladorlikning sabablaridan biri bo'lishi mumkin. Ushbu kasallik salpingooforit (adneksit) — bachadon naychalari (salpingit) va tuxumdonlarning yallig'lanishi (ooforit).

Natijada, urug'lantirilgan tuxumning fallop naychalari orqali erkin o'tishiga to'sqinlik qiladigan yopishqoqliklar rivojlanishi mumkin. Darhaqiqat, qo'shimchalarning yallig'lanishi paytida gidrosalpinks rivojlanishi mumkin-bachadon naychasining lümeninde seroz suyuqlikning to'planishi.

Hozirgi kunda dunyoda eng ko'p talab qilinadigan va dolzarb tibbiy va ijtimoiy muammolardan biri bu ayollarning reproduktiv salomatligini saqlashdir. Bunday holda, tos a'zolarining



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



yallig'lanish kasalliklari ginekologik patologiya tarkibida etakchi o'rinni egallaydi. Ularning ulushi barcha ginekologik kasalliklar orasida 60-65% ni tashkil qiladi va pasayish tendentsiyasiga ega emas.

Tadqiqotning Maqsadi reproduktiv yoshdagi ayollarda bepushtlik tarkibidagi surunkali salpingo-ooforitning o'ziga xos og'irligini aniqlashdir.

Materiallar va tadqiqot usullari. 2021-2023 yillar oralig'ida bepusht nikoh tufayli ginekologik yordam so'ragan 50 nafar bemorning kasallik tarixi retrospektiv tahlil qilindi. 45 nafar bemorda (90%) surunkali nonspesifik salpingooforit tarixi bor edi.

Muhokama. Salpingooforitning murakkab shakllari bo'lgan bemorlar, davolanish kasalxonada boshlanganda, antibiotikni 24 soat davomida parenteral yuborish tavsiya etiladi, klinik yaxshilanishga erishgandan so'ng, og'iz orqali qabul qilish kerak. Bachadon naychalari va tuxumdonlarning yallig'lanish kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolashning jarrohlik taktikasini tanlashda antibiotiklar ham davolashning ajralmas qismidir. Bundan tashqari, bunday vaziyatda antibiotikni to'g'ri tanlash ayniqsa muhimdir, chunki zamonaviy antibakterial dorilar organlarni saqlaydigan jarrohlik aralashuvlarni amalga oshirishga imkon berdi.

Zamonaviy tavsiyalarga muvofiq salpingo-ooforit terapiyasining davomiyligi 10-14 kun. Faqat kamida 10 kun davomida davolanish bilan patogenlarning to'liq yo'q qilinishiga erishish mumkin, bu kasallikning surunkali shaklga o'tishini oldini oladi va relapslar va tuboovarial xo'ppozlar paydo bo'lishining oldini oladi.

Hozirgi vaqtda antifungal dorilarni terapevtik tadbirlar majmuasiga muntazam ravishda kiritish tavsiya etilmaydi, ularning tizimli **Maqsadi** faqat mikrobiologik (madaniy) tadqiqot ma'lumotlari bilan tasdiqlanganda tavsiya etiladi.

CSO bilan og'rigan bemorlarda bepushtlik fallop naychasining shilliq qavati va mushak membranalarining fiziologik funksiyalarining yo'qolishi, birlashtiruvchi to'qimalarning ko'payishi, peritubar va periovarial bitishmalarning shakllanishi, ko'pincha bachadon naychalarining obstruksiyasi va gidrosalpinksnings shakllanishi bilan bog'liq.

Xulosalar. Tos suyagi yallig'lanish kasalliklari ularning paydo bo'lish chastotasini kamaytirish tendentsiyasi yo'qligi va reproduktiv salohiyatga salbiy ta'sir ko'rsatishi sababli dolzarb bo'lib qolmoqda. So'nggi yillarda Rossiyada birinchi tug'ilishning o'rtacha yoshi 30 yoshga yaqinlashmoqda, jinsiy debyut yoshi o'rtacha 16-17 yoshda qolmoqda.

Aynan shu yosh oralig'ida, 20-30 yoshda, salpingooforitning eng ko'p tarqalishi. Kasallikning surunkali yoki murakkab shaklga o'tishiga yo'l qo'ymaslik va shu bilan yallig'lanishning ayolning reproduktiv salomatligiga zararli ta'sirini minimallashtirish uchun kasallikning birinchi epizodini samarali davolash juda muhimdir.



MAXALLIY TARQALGAN ME'DA SARATONI XIRURGIK DAVO NATIJALARINI BAXOLASH

Xasanov D.Sh., Shuxratbekov J.D.
Andijon davlat tibbiyot instituti.

Mavzuni **Dolzarliligi.** Me'da saratoni onkologik kaslliklar strukturasi dunyoda etakchi urinni egallab, zamonaviy tibbiyot dolzarb muammosi bo'lib qolmoqda. O'zbekistonda mazkur kasallik xavfli o'smalar ichida stabil 2-o'rinda turibdi. Kasallik xazm tizimi a'zolari o'sma kasalliklari ichida birinchi o'rinni egallaydi. Tibbiyot rivojlanib borishiga qaramasdan me'da saratoni bilan bemorlar asosiy qismi kasallik o'tkazib yuborilgan bosqichlarida aniqlanmoqda. Maxalliy tarqalgan me'da saratoni xirurgik davo natijalari qoniqarli baxolab bo'lmaydi. Bemorlar asosiy qismi radikal operatsiyadan keyin xam kasallik progressiyasi, retsidi bilan vafot etmoqda.

Tadqiqot maxsadi. Maxalliy tarqalgan me'da saratoni xirurgik davo samaradorligini oshirish.

Material va uslublar. Tadqiqot 2012-2022 yillarda RIORIATM Andijon filiali sharoitida maxalliy tarqalgan me'da saratoni tashxisi bilan xirurgik davolangan 74 nafar bemorni klinik-laborator, instrumental tekshiruvlari va davolash natijalarini o'rganishga asoslangan.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqotga olingan bemorlarni 23 nafarida radikal operatsiya gastroektomiya, me'da subtotal rezeksiyasi o'tkazilgan. 17 nafari bemorda palliativ gastroektomiya, palliativ me'da subtotal rezeksiyasi operatsiyalari o'tkazilgan, 17 nafari bemorda eksplorativ laporotomiya operatsiyasi o'tkazilgan. Maxalliy tarqalgan me'da saratonida prognostik kechish yomon xususiyatga ega bo'lgan infiltrativ o'sish varianti-87,5%ni, gistologik differensirovkasi G-3, G-4 varianti 69,5%ni tashkil qildi. Me'da total zaralanishida o'smani 2 va undan ko'p a'zolarga tarqalishi 65,2% ni, faqat 1 ta a'zo o'sib **Kirishi** me'da yukorgi 3/1 qismi o'sma bilan zararlenganda 66,2%ni tashkil qildi. Maxalliy tarqalgan me'da saratonida 3-4ta a'zolari rezeksiyasi amalga oshirib o'tkazilgan kombinatsiyalashagan operatsiyalar uzoq natijalari qoniqarli emasligini ko'rsatdi. Eksplorativ va simtomatik operatsiyalarga nisbatan palliativ operatsiyalar bevosita va uzoq natijalari sezilarli yaxshiligini ko'rsatdi.

Xulosa. Maxalliy tarqalgan me'da saratonida xirurgik davodan keyingi asaoratlar 25,6% xollarda kuzatilsa, operatsiyadan keyingi o'lim 5,8%ni tashkil qiladi. Bemorlar 5 yillik yashash ko'rsatkichi 17,4%ni tashkil qilib, yashovchanlik medianasi 12 oy.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



TO'G'RI ICHAK SARATONI REZEKTABELLIGINI ANIQLASHDA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVI VA MAGNIT-REZONANS TOMOGRAFIYA IMKONIYATLARINI BAXOLASH

Xasanov D.Sh., Shuxratbekov J.D.

Andijon davlat tibbiyot instituti.

RIORIATM Andijon filiaali.

Mavzuni **Dolzarbligi.** Hozirgi kunda to'g'ri ichak saratonida o'smaning tarqalish darajasini baholash zamonaviy onkologiya dolzarb vazifasidir. Bu butun dunyoda, shu jumladan mamlakatimizda xam yo'g'on ichak saratoni bilan kasallanish va o'lim darajasining intensiv o'sishi bilan tushuntiriladi. Kolorektal saraton onkopatologiyani 11,4% ni tashkil qilib, ularning 55% ga to'g'ri ichak saratoniga to'g'ri keladi. Optimal davolash taktikasini tanlash va kasallikning prognozi o'smaning joylashishiga, jarayonning tarqalish darajasiga, mahalliy xamda uzoq metastazlarning mavjudligiga bog'liq. So'nggi o'n yillikda to'g'ri ichak saratoni tashxisi uchun kompleks ultratovush va MRT tekshiruv keng qo'llanilmoqda. Bu tekshiruv usullari to'g'ri ichak saraton diagnostikasida o'sma maxalliy tarqalganlik xolati, regionar limfa tugunlari va boshqa a'zolarida metastatik o'zgarishlar xolatini to'liq aniqlash imkonini beruvchi usullar hisoblanadi.

Tadqiqot maxsadi. To'g'ri ichak saratoni rezektabelligini baholashda ultratovush tekshiruv va magnit-rezonans tomografiya imkoniyatlarini o'rganish.

Material va uslublar. Tadqiqot 2020-2022 yillarda RIORIATM Andijon filiali 4-jarroxlik bo'limida to'g'ri ichak saratoni tashxisi bilan davolangan 54 nafar bemor kuzatuv natijalariga asoslangan.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqotga olingan bemorlarda to'g'ri ichak bo'shliq ichi ultratovush tekshiruv o'sma xajmi T mezonga ko'ra, sezuvchanlik 88,1%, spetsifiklik - 94,0%, umumiy aniqlik - 93,8% ni tashkil etdi. Mazkur kasallikda transabdominal ultratovush tekshiruv regionar limfa tugunlar metastatik zararlanishi N mezonga ko'ra sezuvchanlik, spetsifiklik va aniqlik mos ravishda 55,7%, 79,8% va 74,2%, boshqa a'zolar metastatik zararlanishi M mezoniga ko'ra - 85,7%, 94,1% va 94,6% ni tashkil qildi. Kompleks ultratovush tekshiruv to'g'ri ichak devoriga invaziya chuqurligini baholashda (93,8%), neoplazma bosqichini aniqlashda (93,5%) yuqori informatsiya berishi kuzatildi. To'g'ri ichak saratonida MRT tekshiruv o'sma jarayonining maxalliy tarqalish xolatini aniqlashda (96,9%), regionar limfa tugunlarida metastazlarni aniqlashda (94,6%) yuqori diagnostik aniqlikka ega ekanligi aniqlandi.

Xulosa. Tadqiqot natijalari to'g'ri ichak saratonining lokal-regionar tarqalishini baholashda o'smaning joylashuvi va jarayon bosqichiga qarab jarayon rezektabelligini aniqlashda MRT va kompleks ultratovush tekshiruv imkoni yuqoriligini ko'rsatadi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



MAXALLIY TARQALGAN ME'DA SARATONI XIRURGIK DAVO NATIJALARINI BAXOLASH

Xasanov D.Sh., Shuxratbekov J.D.
Andijon davlat tibbiyot instituti.

Mavzuni Dolzarbligi. Me'da saratoni onkologik kaslliklar strukturasi dunyoda etakchi urinni egallab, zamonaviy tibbiyot dolzarb muammosi bo'lib qolmoqda. O'zbekistonda mazkur kasallik xavfli o'smalar ichida stabil 2-o'rinda turibdi. Kasallik xazm tizimi a'zolari o'sma kasalliklari ichida birinchi o'rinni egallaydi. Tibbiyot rivojlanib borishiga qaramasdan me'da saratoni bilan bemorlar asosiy qismi kasallik o'tkazib yuborilgan bosqichlarida aniqlanmoqda. Maxalliy tarqalgan me'da saratoni xirurgik davo natijalari qoniqarli baxolab bo'lmaydi. Bemorlar asosiy qismi radikal operatsiyadan keyin xam kasallik progressiyasi, retsidi bilan vafot etmoqda.

Tadqiqot maxsadi. Maxalliy tarqalgan me'da saratoni xirurgik davo samaradorligini oshirish.

Material va uslublar. Tadqiqot 2012-2022 yillarda RIORIATM Andijon filiali sharoitida maxalliy tarqalgan me'da saratoni tashxisi bilan xirurgik davolangan 74 nafar bemorni klinik-laborator, instrumental tekshiruvlari va davolash natijalarini o'rganishga asoslangan.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqotga olingan bemorlarni 23 nafarida radikal operatsiya gastroektomiya, me'da subtotal rezeksiyasi o'tkazilgan. 17 nafari bemorda palliativ gastroektomiya, palliativ me'da subtotal rezeksiyasi operatsiyalari o'tkazilgan, 17 nafari bemorda eksplorativ laporotomiya operatsiyasi o'tkazilgan. Maxalliy tarqalgan me'da saratonida prognostik kechish yomon xususiyatga ega bo'lgan infiltrativ o'sish varianti-87,5%ni, gistologik differensirovkasi G-3, G-4 varianti 69,5%ni tashkil qildi. Me'da total zaralanishida o'smani 2 va undan ko'p a'zolarga tarqalishi 65,2% ni, faqat 1 ta a'zo o'sib **Kirishi** me'da yukorgi 3/1 qismi o'sma bilan zararlenganda 66,2%ni tashkil qildi. Maxalliy tarqalgan me'da saratonida 3-4ta a'zolari rezeksiyasi amalga oshirib o'tkazilgan kombinatsiyalashagan operatsiyalar uzoq natijalari qoniqarli emasligini ko'rsatdi. Eksplorativ va simtomatik operatsiyalarga nisbatan palliativ operatsiyalar bevosita va uzoq natijalari sezilarli yaxshiligini ko'rsatdi.

Xulosa. Maxalliy tarqalgan me'da saratonida xirurgik davodan keyingi asaoratlar 25,6% xollarda kuzatilsa, operatsiyadan keyingi o'lim 5,8%ni tashkil qiladi. Bemorlar 5 yillik yashash ko'rsatkichi 17,4%ni tashkil qilib, yashovchanlik medianasi 12 oy.

ZAMONAVIY AKUSHERLIKDA INSTRUMENTAL TUG'DIRISH

Xatamova O'. R. Shokirova S.M.
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Muammoning dolzarbligi. Instrumental tug'dirishning asosiy sabablari:

Ayolning charchab qolishi natijasida kuchana olmasligi



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Esterogen gormoni yetishmovchiligi

Tirik homilada tug'ruq induksiyasining samarasizligi

Homila disproporsiyasi;

Egiz homilali homiladorlikda 2 homilaning tugruq yo'llarida noto'g'ri joylashib qisilib nobud bo'lishi

Ayolda tug'ma yurak nuqsonlari

Arterial gipertenziya (eklampsiya);

Ayol yoshi 18 yoshdan kichik, 35 yoshdan katta bo'lganda tug'ruq ikkinchi davrining cho'zilib ketishi

Antenatal hamda intranatal homila o'limi

Tug'ruqning II davrini cho'zishi homila boshini uzoq vaqt kichik chanoq soxasida suqilib turilishiga sabab bo'ladi. Natijada esa chaqaloqda shikastlanishlar, asfiksiya, intranatal o'lim; ayollarda esa kesar kesish bo'lishi natijasida chandiqli bachadon bilan homiladorlik, tug'ruq travmalari holatlari ko'p uchraydi. Hududimiz bo'yicha tug'ruq kuchlari sust bo'lishi tug'uvchi ayollarning 5 % da uchramoqda. Buning natijasida esa akusherlik asoratlari, chandiqli bachadon bilan homiladorlikda kichik intervallar hisobiga bachadon yorilishi, bachadon choklari atrofida bitishmalar paydo bo'lishi, akusherlikda qon ketish asoratlari ko'p uchramoqda. So'nggi 20 yil ichida akusherlik asoratlari ko'rsatkichi ortib ketdi.

Tekshiruv **Maqsadi.** Instrumental tug'dirish usullarini samaradorligini o'rganish.

Tadqiqot materiali va tekshiruv usullari. Izlanish davomida qo'yilgan maqsadni amalga oshirish uchun 20 nafar ayollar tug'ruq tarixini taxlili olib borish rejalashtirildi. Tekshiriluvchilar 2022-2023 yillar davomida Andijon shaxar 2-tug'ruq kompleksida tug'ruq kuchlari sustligi sababli vacuum ekskretor, akusherlik qisqichlari bilan bilan tug'dirilgan homilani yemirish operatsiyasi bilan tug'dirilgan ayollardan iborat. Buning uchun ayolning tug'ruq tarixi bayonnomasi, umumiy klinik tahlillar (umumiy qon va siydik tahlillari, qon bioximik tahlili, Nechiporenko tahlili, 3 nuqtadan surtma tahlili), akusherlik tekshiruvlari va Instrumental tekshiruvlar (dopplerometriya) natijalaridan foydalaniladi

Tekshiruv natijalari. Tug'ruq ikkinchi davrining cho'zishi natijasida homilada gipoksiya yuzaga keladi va bu tezkor akusherlik aralashuvini talab qiladi.

Tug'ruq II davri cho'zilgan ayollarning 3 (15%) kesar kesish operatsiyasi orqali, 16 (80%) vacuum ekstraksiya bilan tug'dirilgan va 1 (5%) homilani yemirish operatsiyasi qo'llanilgan. Kesar kesish bilan tug'dirilgan ayollarning 1 (33.34%) da ichaklar parezi, , 2 (66.67%) da hech qanday asorat kuzatilmagan. Ayollarning 3 (100%) da operatsiyadan keyingi kamqonlik yuzaga kelgan. Vakuu ekstraksiya bilan tug'dirilgan ayollarning 17 (100%) da epiziotomiya, epiziografiya operatsiyalari amalga oshirilgan. Ulardan 15 (88,23%) da hech qanday asorat kuzatilmagan; 1 (11,7%) da tug'ruqdan keyingi jaroxat choklarining ochilib ketishi; 1 (11.7 %) da tug'ruqdan keyingi jaroxat choklarining yiringlab ketishi kuzatilgan. Homilani yemirish operatsiyasi 1 (100%) o'tkazilgan ayolda hech qanday asorat kuzatilmagan

Xulosa. Tug'ruqning ikkinchi davri sustligi yuzaga kelganda homilani tug'ruq yo'llarida uzoq vaqt turib qolib, homila o'tkir gipoksiyasi yuzaga kelishini oldini olish, sog'lom chaqaloq



tug'ilishni ta'minlash, tug'uvchi ayolga yordam qilish, kesar kesish operatsiyasini oldini olib, chandiqli bachadon bilan homiladorliklar yuzaga kelishini kamaytirish **Maqsadida** tug'ruqda vacuum ekstraksiyani qo'llanilsa va chilla davrida ayol sanitariya-gigiyena qoidalariga amal qilib tug'ruq chokklarini parvarish qilsa tug'ruqdan keyingi infeksiyon va noinfeksiyon asoratlarni kuzatilmaydi. Homila intranatal o'limi da homilani notogri joylashuvi yoki homila giderosefaliyasi yuzaga kelganda chandiqli bachadon bilan homiladorlikni oldini olish uchun homilani yemirish operatsiyasini qo'lla afzalroqdir

QIZ BOLALARDA QORIN BO'SHLIG'I O'TKIR GENIKOLOGIK KASALLIKLARNING ASORATLARI

Xojiyev X.M., To'ychiev B.A., Abdubositov A.A

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi farg'ona filiali.

ANNOTATION

Maqolada qiz bollarda o'tkir ginekologik kasalliklar bilan shifoxonada 2022 yillar mobaynida davolangan 168 nafar bemorning kasallik tarixidan olingan ma'lumotlar muxokamali va statistikasi jamlangan. Klinik ko'rinishlari, kechiga, diagnostik usullariga qarab muhokama qilinadi. Davolashdan keyingi statistika va natijalari keltirilgan.

Kalit so'zlar: laporaskopiya, bachadon bo'ynining buralishi, apopleksiyasi, bitishmali kasallik, o'tkir ginekologik, tuxumdon kistasi.

Dolzarbligi: Qiz bolalarda qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligini davolash va proflaktikasiga kompleks yondashuv muammosi jarayonning og'irligi, shikastlanishning sezilarli darajada ko'pligi va ayniqsa erta va yosh yoshga xos bo'lgan xavfli asoratlarning rivojlanishi xamda qiz bollarning reprodaktiv rivojlanishi, kelajakda farzand ko'rishini xisobga olgan xolda dolzarb bo'lib qolmoqda. Ayniqsa ginekologik kasalliklardan so'ng kasallikning qiz bollarda sezilarli darajada ko'payganligi bu kasallikka jiddiy yondashishni talab qilmoqda.

Tadqiqotimizning **Maqsadi** qiz bollarda qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligi oldini olish va ularning asoratlarni xavfini bashorat qilishda traditsion va laparoskopik operatsiyalarning taxlillash.

Materiallar va usullar: 2022- yilda RShTTYoIMFF shoshilinch bolalar xirurgiyasi xamda shoshilinch ginekologiya bo'limida 168 : tuxumdon apopleksiyasi 61 ta (36.3%) va tuxumdon kistasi yorilishi xamda buralishi bilan 107 nafar (63.6%) qiz bilan bemorlar murojat qilib kelishgan. Bemorlarning 120 tasida operativ davo qilingan : 39 (23.2%) apopleksiya bilan, tuxumdon kistasi yorilishi xamda buralishi bilan 9 tasi (5.3%) nafarida konservativ davo orqali davolangan. Bemorlarda operativ davo qilingan 120 nafar bemorda 22 ta (18.3%) apopleksiya barchasi laparoskopik usulda, 98(81.7%) tasi tuxumdon kistasi yorilishi xamda buralishi bilan shulardan 58 ta laparoskopik usulda 58(59%) ta, laparotomiya 40(41%) - brmorlarda operativ davo qilingan.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Natijalar shuni ko'rsatadiki, qilingan operatsiyaning turiga va usuliga ko'ra ikki guruxga bo'lib olingan natijalar taxlil qilindi. Traditsion usulda operatsiya qilingan bemorlarning operatsiyadan keyin turli vaqtlarda 28(70%) nafarida turli shikoyatlar bilan murojat qilishgan. Shu bemorlarning bitishmali ichak tutulishi bilan 3 nafar bemor qaytatdan murojat qilib ulardan kasalxonaga yotqizilgan bo'lib ularning 2(5%) tasida birishmalarni ajratish operatsiyasi bajarilgan.

Laparotamiya operatsiyasidan so'ng shifoxonada o'rtacha davolanish kuni 7-10 kuni davom etgan. Laparoskopik usulda qilingan operatsiyasi bemorlarda bizga qayta murojat qilganlar bo'lmadi va laparoskopik operatsiya qilingan bemorlarni o'rtacha davolanish kuni 3-5 kun davolanib chiqishgan.

O'tkazilgan tadqiqotlar qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligini kelib chiqishida operatsiyalardan traditsion yo'l bilan operatsiya qilingan bemorlarda uchrashi ko'p kuzatildi. Qolaversa bu usul bilan qorin parda va ichaklarga ortiqcha jaroxatlar yetkazilish darajasi ko'pligi sababli bitishmalar xosil bo'lishi extimoli yuqoriligicha qolmoqda. Bundan tashqari bemorlarda oshqazon ichak faoliyatining funksional buzulishlari(ovqatlanish tartibining buzulishlari) kuzatildi. Bu o'zgarishlarni nazorat qilish bitishmalar xosil bo'lish xafini oldindan taxmin qilishga imkon beradi va xavf omillarini tahlil qilish, ulardagi asoratlarni rivojlanishi va davolashni optimallashtirish imkonini berdi.

Xulosa: O'tkir ginekologik kasalliklarni operativ davolashda asoratlarni oldini olish **Maqsadida** bemorlarda proflaktik chora-tadbirlar olib borishni kerakligini ko'rsatmoqda.

Asosiy e'tiborni:

1. Jarrohlik aralashuvi bosqichida profilaktika: usullar va texnologiyalardagi o'zgarishlar asosiy omillar ta'sirini kamaytirishga qaratilgan jarrohlik muolajalar yani operatsiyalarni laparoskopik yondashuvni rivojlantirish va imkon qadar traditsion usullardan kamroq foydalanish.
2. Uzoq muddatli profilaktika - takomillashtirish orqali bilvosita ta'sir : ratsional ovqatlanish, fizioterapiya, massaj, terapevtik vositalar orqali ovqat hazm qilish traktining ishlashi.jismoniy tarbiya va boshqalar

“PSORALIN” OZIQ-OVQAT QO‘SHILMASI TARKIBIDAGI β -KAROTIN MIQDORINI ANIQLASH

1Yu.X. Xolboyev, 2A.B.Paqirdinov, 2A.G. Maxsumov, 3 I.R.Asqarov

1Andijon davlat tibbiyot instituti,

2Toshkent kimyo-texnologiya instituti 3

3 Andijon davlat universiteti

Ma'lumki, A vitamini oziq-ovqatlar tarkibida retinol ko'rinishida (hayvonot mahsulotlari) va karotinoidlar (o'simlik mahsulotlari) ko'rinishida organizmga tushadi. Tabiatda karotinoidlar o'simliklar, ba'zi zamburug'larda hamda suv o'tlarida uchraydi. Iste'mol qilinganda A vitaminiga aylana oladi. Ularga α -, β -karotin, lutein, likopen, zeaksantin kabilarni kiritish mumkin. Hammasi



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



bo'lib besh yuzga yaqin karotinoidlar ma'lum. Eng ko'p o'rganilgan karotinoid β -karotindir. U provitamin bo'lib, jigarda oksidlanib A vitaminiga aylanadi.

β -Karotin oziq-ovqat sanoatida to'q sariq-qizil rang beruvchi sifatida ishlatiladi, ko'plab mahsulotlar, shu jumladan tropik mevalar, oziq-ovqat yog'lari, pishloq, qandolatchilik va termik ishlov berilmagan alkogolsiz ichimliklarga albatta qo'shiladi.

"Psoralin" oziq-ovqat qo'shilmasi tarkibidagi β -karotin miqdorini aniqlash quyidagi reaktivlar, eritmalar va asboblardan foydalanildi.

Reaktivlar: namuna ekstrakti, C6H14.

Eritmalar: K2Cr2O7.

Asboblari: MSH-300 BIOSAN, Latviya, NACH LANGE DR 3900 (Germaniya) spektrofotometri.

Laboratoriya sharoitida namunalar tarkibidagi β -karotin miqdorini aniqlash uchun quritilgan o'simlik namunasi tanlab olindi. Tahlil uchun olingan namuna (aniq tortilgan AF 2204N, aniqlik darajasi 0.1 mg) 5 g tortib olinib, 1 mm diametr o'lchamga qadar maydalandi va 100 ml sig'imli kolbaga solindi. Erituvchi sifatida 25 ml geksan (C6H14 kimyoviy toza, TU 2631-003-) bilan ekstraksiya qilindi. Ekstraksiya 90 min davomida magnitli aralashtirgichda (MSH-300 BIOSAN, Latviya) amalga oshirildi. Ekstraksiya jarayoni yakunlangach eritma filtrlandi. Filtratdan 1 ml olinib 25 ml li o'lchov kolbasiga solindi va kolba belgisigacha erituvchi bilan suyultirildi. Karotin miqdorini NACH LANGE DR 3900 (Germaniya) spektrofotometrida aniqlandi (spektral to'lqin uzunligi diapazoni, nm 320–800).

Karotinoidlar miqdorini aniqlash jarayoniga parallel ravishda kaliy bixromat (K2Cr2O7)ning 0.04 % li eritmasi solishtirish **Maqsadida** tayyorlanib optik zichligi aniqlab olindi.

Tozalangan suv (BIOSAN, Latviya) parallel ravishda kaliy bixromat (GOST 4220-75 xim toza) RSO eritmasining optik zichligi (0,04%) o'lchandi. O'simlik namunasi umumiy karotin miqdori β -karotin bo'yicha mg % formula bo'yicha hisoblangan.

$$X = (D1 \times 0.00208 \times 25 \times 25 \times 100 \times 100) / (D0 \times m \times 1 \times (100 - w))$$

Bu yerda; D1-tekshirilayotgan eritmaning optik zichligi, D0- kaliy dixromatning standart namuna eritmasi ya'ni namunaviy eritmasining optik zichligi, 0,00208- kaliy dixromatning standart namuna eritmasiga mos keladigan eritmadagi β -karotin miqdori mg, m- xom ashyo namunasi gr.

Jadval

Xom ashyo nomi	Erituvchi	Namuna va erituvchi tabiati	Maydalanish darajasi (mm)
Ekstraksiya vaqti	(min)	Tarkibidagi β -karotin miqdori (mg)	
O'simlik namunasi	geksan	1:5	1
			90
			9,03

"Psoralin" oziq-ovqat qo'shilmasi tarkibidagi β -karotin miqdori yuqori samarali suyuqlik xromatografida tekshirilganda 9,03 mg/% ga teng ekanligi aniqlandi.



XAVOTIRLI BEMORLARDA VEGETATIV-QON TOMIR KASALLIKLARI.

Xolikova D.S.

Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Anksiyete hamma uchun ma'lum. Ko'pchilik buni har kuni boshdan kechiradi. Anksiyete-bu tanadagi yoki tashqi dunyodagi tahdidli o'zgarishlar haqida signal. Anksiyete umumiy tibbiy tarmoqdagi ruhiy kasalliklarning eng ko'p uchraydigan holatidir.

Tadqiqotning Maqsadi. Bizning tadqiqotimizning **Maqsadi** vegetativ-qon tomir kasalliklari klinikasida tashvish belgilarining xususiyatlarini aniqlash edi. Vegetativ-qon tomir kasalliklari boshqa kasalliklarga qaraganda tez-tez koronar patologiya bilan birlashtiriladi. Adabiyotlarga ko'ra, tashvish vegetativ-qon tomir kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning o'rtacha 28 foizida uchraydi. Ushbu kasalliklarning kombinatsiyasi ularning har birining klinik va ijtimoiy prognozini yomonlashtiradi.

Materiallar va tadqiqot usullari. Agmi klinikasida terapiya bo'limida 30 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan 40 nafar bemor tekshirildi, ulardan 18 nafari ayollar (45%), 22 nafari erkaklar (55%). Bemorlar orasida 2 guruh ajratilgan: i-nazorat guruhi, unda 22 kishi (13 ayol va 9 erkak) davolanish paytida psixotrop vositalardan foydalanilgan.

II guruh-davolashda simptomatik davolash qo'llanilgan 18 kishi (5 ayol va 13 erkak). psixotrop dorilarni kiritmasdan.

Nazorat guruhida ta'sir psixotrop dorilarni qo'llashdan bir hafta o'tgach kuzatildi.

Tadqiqot natijalari. 2-guruhdagi holatning yaxshilanishi faqat 3 haftadan so'ng (statsionar-1 hafta, ambulatoriya – 2 hafta) va faqat 30% da (6 bemor-4 ayol va 2 erkak)kuzatildi.

Ushbu bemorlar guruhida quyidagi kasalliklar qayd etildi: tez-tez uchraydigan bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, yurak og'rig'i. Anksiyete-bu kuchlanish, kutish, noqulaylik hissi, birinchi ob'ektiv belgilar (tez nafas olish, mushaklarning kiyinishi, titroq va boshqalar). Ikkinchi Psixovegetativ belgilar: kayfiyatning pasayishi, yurak urishi, terlash, bosh aylanishi, nafas qisilishi, kayfiyatning o'zgarishi.

Ushbu alomatlar jismoniy va psixo-emotsional stress, surunkali kasalliklarning kuchayishi bilan yuzaga keldi.

Kuzatilgan barcha bemorlar umumiy shifokorlarga murojaat qilishdi, u erda ular vegetativ-qon tomir kasalliklari bilan davolanishdi. Barcha bemorlar yomon uyqu, asabiylikning kuchayishi, kayfiyatning pasayishi, tashvish, fobiya, ishlashning pasayishi va qiziqishlarning yo'qolishi haqida shikoyat qilishdi.

Psixotrop dorilarning kichik dozalari (antidepressantlar, xususan fevarin va trankvilizatorlar, xususan ataraks) buyurilgandan so'ng, birinchi haftada 27 (67,5%) bemorning ahvoli yaxshilandi, tashvish yo'qoldi. Shu munosabat bilan terapevtik praktikada psixotrop dorilarni qo'llash tavsiya etiladi.



Xulosa. Psixotrop dorilar simptomatik davolash bilan birgalikda vegetativ-qon tomir kasalliklarini davolashda samaraliroq .

ANOREKTAL MALFORMATSIYA BILAN TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA ICHAK STOMALARINI SHAKLLANTIRISHDA TANLOV TAKTIKASI

Yuldashev M.A., Gafurov A.A., Toshboyev Sh.O.
Andijon davlat tibbiyot instituti, Ўзбекистон.

Muammoning **Dolzarlighi.** Anorektal soha a'zolarining rivojlanish nuqsonlari-anorektal malformatsiyalar (ARM) nafaqat anus, to'g'ri ichak, urogenital traktning, balki keng ko'lamdagi boshqa a'zo va tizimlar tug'ma nuqsonlari va anomaliyalarini ham o'z ichiga oladi. Tug'ma nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalari tarkibida anorektal malformatsiyalarning (ARM) nisbati 7% dan oshadi. ARM larning uchrash darajasi yiliga 1:9000 dan 1:2000 gachani tashkil etadi va uning diagnostikasi va davolash muammolari nafaqat ushbu soha embriogenezining murakkabligi, balki nuqsonning turli shakllarda uchrashi bilan ham bog'liq bo'lib, bolalarning hayot sifatini pasayshiga, nogironlik va o'lim ko'rsatgichlarining oshishiga olib kelmoqda. Bu o'z navbatda tibbiy va ijtimoiy jihatdan dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda.

Tadqiqot **Maqsadi.** Chaqaloqlar hamda ko'krak yoshida bo'lgan bolalar hazm tizimi tug'ma va ortirilgan patologiyalarida turli shakldagi ichak stomalarini shakllantirishga ko'rsatmalarni aniqlash.

Tadqiqot materiali va usullri. 2015 - 2020 yillarda Andijon viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi va RSHTYOIM Andijon filiali reanimatsiya va xirurgiya bo'limlarida davolangan chaqaloqlar va erta yoshli 119 nafar bolalar kasallik tarixlarining retrospektiv taxlili o'tkazildi. Tadqiqot guruhlariga 1 sutkadan 6 oygacha bo'lgan chaqaloqlar yoki hazm tizimi orttirilgan patologiyalari aniqlangan bolalar tanlab olindi. Tadqiqotga kiritilish mezonlari bo'lib entero- va kolostomiya xisoblandi.

Barcha bemorlarning 89 (75%) nafarini chala tug'ilgan chaqaloqlar tashkil qildi. Bolalarning qabul qilingan paytdagi o'rtacha tana vazni 2024 ± 565 gr ni, tug'ruq muddati 32 ± 4.3 haftani, ulardan 72 (60,5%) nafari o'g'il bolalarni, 47 (39,5%) tasi esa qiz bolalarni tashkil etdi. Tug'ilgandan keyingi birinchi kunda 34 (28,5%) ta bola hazm traktining tug'ma nuqsonlari tufayli kasalxonaga keltirilgan. Tug'ilgandan keyingi 1-haftada 70 (58,8%), 2- haftada 19 (15,9%), 3-haftada 12 (10%), 4- haftada - 1 (0,8%) nafar chaqaloqlar shifoxonaga o'tkazilgan. 1 oyligida 6 (5%) bemor, 2 oylikda 3 (2,5%), 3 oylik va undan katta yoshda - 8 (6,7%) ta bemor kasalxonaga yotqizilgan.

Bemorlarning 90 (24,4%) tasida stomalar laparotomik jaroxatning lateral tomondan amalga oshirildi, 29 nafarida qorin old devoridan alohida kesma orqali amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari va ularning muhokamasi. Ichak stomasini o'rnatish asosan anus va to'g'ri ichak atreziyasi (nuqsonni bartaraf etishning dastlabki bosqichi sifatida) hamda nekrozlovchi



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



enterokolit aniqlangan bolalarda amalga oshirildi. Shuningdek, turli darajadagi ichak atreziyalari, Girshprung kasalligi, yo'g'on ichak disgangliozlari va operatsiyadan keyingi ba'zi orttirilgan holatlar (chatishmali ichak tutilishi, anastomoz sohasi stenoz, anastomoz noturg'unligi) ichak stomasini shakllantirishga ko'rsatma bo'lib xisoblandi. Operatsion **Kirish** yo'li sifatida ko'ndalang supraumbilakal laparatomiya yo'li tanlangan, chunki ushbu usul qorin bo'shlig'ining barcha qismlarini taftish qilish imkonini bera oladi. Chaqaloqlarda enterostoma qo'yishga ko'rsatma bo'lgan holatlarda ichak segmentlari laparatom jarohatning lateral qismiga chiqarilgan. Bir qancha ichak stomalarini qo'yish kerak bo'lgan holatlarda, ushbu amaliyot qorin oldingi devorida alohida kesmalar orqali amalga oshirilgan. Ichak stomasini hosil qilishda uning shilliq va shilliq osti qavatlari eversiya qilinga hamda retraksiyani oldini olish **Maqsadida** ichak seroz-mushak qavati qorin old devori to'qimalariga maxkamlangan.

Xulosalar. O'tkazilgan retrospektiv taxlil natijalari shuni ko'rsatadiki, chaqaloqlarda hazm trakti tug'ma nuqsonlarni bartaraf qilishda mutaxassislar tomonidan ratsional taktik va texnik echimga asoslangan holatda individual yondoshuvni talab qiladi. Bunda yondosh kasalliklar va bolaning og'irlik darajasini hisobga olgan holatda tug'ma ichak nuqsonlarini erta tashxislash, shuningdek differensial yondoshuv muhim ahamiyat kasb etadi. Nekrotik enterokolit tufayli o'lim oqibatlarini kamaytirishda uning profilaktikasi va o'z vaqtida aniqlanishi muhim ahamiyatga ega. CHaqaloqlar hamda ko'krak yoshida bo'lgan bolalarning ichak kasalliklari va rivojlanish nuqsonlarini bartaraf qilish usullari va jarroxlilik taktikalari mazkur toifadagi bemorlarning ijtimoiy rehabilitatsiyasini hisobga olgan holda amalga oshirilishi zarur. ARM ning yuqori shakllari aniqlangan erta yoshli bolalarda hamda qayta-korreksiyalovchi operatsiyalarda alohidalangan ikkitalik kolostomiya usulini qo'llash parakolostomik asoratlar rivojlanishini oldini olishi, preventiv xirurgik taktika ARM bo'lgan bolalarda xirurgik davolash natijalarini yaxshilash va operatsiyadan keyingi asoratlar sonini kamaytirish bilan izohlanadi.

OG'IZ BO'SHLIG'I KASALLIKLARINI OLDINI OLIH USULLARI

Yusupov K.M., Salieva M.X., Xodjahmatova R.Y.
Andijon davlat tibbiyot institute

Mavzuning Dolzarbligi. Sanitariya madaniyati - bu zarur gigiyenik bilimlarning mavjudligi, atrof-muhitni yaxshilashga, saqlashga qaratilgan ko'nikmalar. Sanitariya madaniyati darajasi, stomatologiya pozitsiyasidan qaralsa, turli ko'rsatkichlar bilan belgilanadi. Ular kerakli gigiena ko'nikmalari mavjudligini, stomatologiya uchun qulaylikni o'z ichiga oladi. Og'iz bo'shlig'ini to'g'ri parvarish qilish sanitariya madaniyatining etakchi ko'rsatkichlardan biridir. Dunyoning yarmidan ko'pi tishlariga noto'g'ri g'amxo'rlik qilmoqda.

Tadqiqot **Maqsadi.** Og'iz bo'shlig'i kasalliklar tarqalishini o'rganish shuni ko'rsatdi, patologik kasalliklar og'iz bo'shlig'ini parvarish qilish sifati bilan bog'liqligini. Turli xil aholi kontingentlarining sanitariya madaniyati darajasini o'rganish respondentlarning sanitariya



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



madaniyati masalalarida xabardorligi yo'qligini ko'rsatadi, bir qator tavsiyalarni aniq tushunmaslik.

Tadqiqot material va usullari. Shuning uchun sanitariya-ma'rifiy ishning **Maqsadi** sog'lom turmush tarzi haqidagi tibbiy bilimlarni targ'ib qilishdir, salomatlikni saqlash, kasalliklarning oldini olish usullari va uslublari. Sanitariya-ma'rifiy ishlar og'iz bo'shlig'ining gigienasini tayyorlashdan oldin va unga hamroh bo'ladi, hamda uning asosi hisoblanadi.

Tadqiqot natijalari. Sanitariya-ma'rifiy ishlar vizual, tushunarli, ommaviy bo'lishi kerak.

Sanitariya-ma'rifiy ishlar faol va passivga bo'linadi. Faollik shakllari tibbiyot xodimlarining aholi bilan bevosita muloqot qilish usullarini o'z ichiga oladi - suhbatlar, nutqlar, ma'ruzalar o'tkazish.

Passiv shakllarga ilmiy-ommabop adabiyotlar, maqolalar, plakatlar, eslatmalar, byulletenlar, ko'rgazmalar, videofilmlar kiradi. Lekin bu shakllar o'rtasida chambarchas bog'liqlik mavjud.

Faol ish shakllarining afzalligi to'g'ridan-to'g'ri o'zaro eng ko'p ta'minlaydigan agitatorlar va aholining aloqasi va o'zaro ta'siri tomoshabinlarga ko'proq ta'sir qiladi. O'z navbatida, passiv usullar tibbiy xodimning mavjudligini talab qilmaydi, ular uzoq vaqt davomida harakat qilishadi vaqt va cheksiz auditoriya uchun. Ularning kamchiliklari - yo'qligi agitatorlar va agitatorlar o'rtasidagi fikr-mulohazalar.

Sog'liqni saqlash ta'limini tashkil etish va o'tkazishga alohida e'tibor bolalarda tish kasalliklarining oldini olishga qaratilmoqda. Bolalarda tish kasalliklarining oldini olish tizimi amalga oshirilishi kerak va ularning ota-onalarini jalb qilish, chunki bu eng yaxshi natijalarni beradi. Bolalar psixologiyasini inobatga olgan holda bunday yondashuv singdirishda eng samarali hisoblanadi.

Tish kasalliklarining oldini olish bo'yicha sanitariya-ma'rifiy ishlarni olib borishda kasalliklarda quyidagi mavzularga amal qilish tavsiya etiladi:

- 1) og'iz bo'shlig'i kasalliklari va umumiy salomatlik munosabatlari;
- 2) og'iz bo'shlig'i salomatligini ta'minlashda ovqatlanishning ahamiyati va oziq-ovqat qabul qilish qoidalari;
- 3) organlarning rivojlanishi, holati va og'iz to'qimalari uchun sog'lomlashtirish tadbirlarini roli;
- 4) og'iz bo'shlig'ini gigienik parvarish qilish;
- 5) og'iz bo'shlig'i kasalliklarining oldini olish;
- 6) oldini olish uchun yomon odatlarni aniqlash va yo'q qilish.

Xulosa. Minimal matn va ko'proq tasvirlangan materialni taqdim etish maqsadga muvofiqdir. Homilador ayollar, kattalar uchun sanitariya byulleteni, plakatlar, gazeta nashrlari, aksincha, ko'proq matnga ega bo'lishi kerak. Kattalar bilan ishlashda o'qituvchi auditoriyaning professional tarkibini, uning yoshini, jinsini bilishi ma'qul, ta'lim darajasi. Axir, ko'pchilik oldindan e'lon qilingan ma'ruzaga keladi bu muammoga qiziqqan odamlar o'z savollariga javob izlaydilar. Gigiena mashg'ulotlarini o'tkazishga maxsus xonalar tavsiya etiladi, zarur jihozlar va tegishli ko'rgazmali qurollar mavjud bo'lishi kerak.



QANDLI DIABETDA HOMILADORLIK PAYTIDA QON TOMIR ASORATLARINI TUZATISH

Yusupova Marguba Ilxomjon kizi
Ginekologiya akusherlik kafedrası №1
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Homiladorlik paytida yuzaga keladigan neyroendokrin, gormonal, biokimyoviy va morfologik o'zgarishlarning murakkab majmuasi dm kursining yomonlashishiga olib keladi, shuningdek uning qon tomir asoratlarining paydo bo'lishi va rivojlanishiga, qon ivish tizimining o'zgarishiga hissa qo'shishi mumkin.

Shu bilan birga, SD, ayniqsa qon tomirlari shikastlangan II tip, akusherlik xavfini sezilarli darajada oshiradi, homiladorlik gipertenziasining rivojlanishiga hissa qo'shadi, bu erta paydo bo'lishi, simptomlarning tez rivojlanishi va chidamliligi, kurs davomiyligi va terapiyaning beqaror ta'siri bilan tavsiflanadi.

Tadqiqot **Maqsadi:** II turdagi qandli diabet bilan og'rigan homilador ayollarda qon tomir asoratlari samaradorligini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Materiallari va usullari homiladorlikning II va III trimestrlarida II turdagi qandli diabet bilan og'rigan 15 bemorda, klinik usullarda, trombositlar sonini, pıhtılaşma vaqtini aniqlashda qo'llaniladi. Tadqiqot natijalari talabaning t mezoniga muvofiq ishonchliligini baholash bilan variatsion statistika usuli bilan qayta ishlanadi. Parametrlar o'rtasidagi aloqalar chiziqli korrelyatsion tahlil asosida aniqlandi.

Kurantil-mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydigan dori, kichik rezistiv tomirlarning qarshiligini pasaytiradi, miyokard va to'qimalarga kislorod etkazib berishni oshiradi, qon oqimining hajmini oshiradi. Trombositlar agregatsiyasiga inhibitiv ta'sir ko'rsatadi, preparat adenozin miqdorini oshiradi (uni qaytarib olishni buzadi) va fosfodiesteraza fermentining inhibisyonu tufayli C-amp konsentratsiyasining oshishiga yordam beradi. Curantil homiladorlikning II va III trimestrlarida, ya'ni mikroangiopatiyalarning eng katta rivojlanishi va homiladorlik gipertenziasining qo'shilishi kuzatilgan vaqtlarda ishlatilgan.

Davolashning ta'siri klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarini, shuningdek qon ivish tizimining ko'rsatkichlarini taqqoslashda baholandi. Trombositlar soni va pıhtılaşma vaqti umumiy qabul qilingan usullar bilan aniqlandi.

Tadqiqot natijalari va ularni muhokama qilish: bemorlarning o'rtacha yoshi $24,4 \pm 2,2$ yil, diabet kasalligining davomiyligi $10,7 \pm 4,4$ yil. Davolash boshlanganda homiladorlikning o'rtacha davomiyligi $28 \pm 5,5$ hafta. barcha homilador ayollarda qon tomir asoratlari bo'lgan. 6 (40%) ayollarda retinal angiopatiya va ensefalopatiya kombinatsiyasi qayd etilgan, 5 (33.3%) homilador ayollarda II –III darajali retinopatiya ensefalopatiya bilan birgalikda, ulardan 26 tasida pastki ekstremitalarning makro – angiopatiyasi bo'lgan.

4 (26.7%) homilador ayollarda qon tomir asoratlarining etakchi alomati 4 yildan 9 yilgacha davom etadigan II darajali diabetik nefropatiya edi. 8 homilador ayolda II turdagi diabet kompensatsiya qilingan, 7 homilador ayolda subkompensatsiyalangan.



7 homilador ayol homiladorlik gipertenziyasini boshdan kechirdi, ularning barchasi kurantilni qo'llashdan oldin boshlangan umumiy qabul qilingan terapiyani oldi. Kurantil bilan davolash kursi 12 kunni tashkil etdi preparat og'iz orqali 75 mg dan yuborildi.kuniga 3-4 marta. Ovqatdan 1 soat oldin yoki i/m va asta-sekin IV, infuziya tezligi 200 mkg/m dan oshmasligi kerak. sutkalik doza 150-200 mg.

Xulosa: homiladorlikning ikkinchi va uchinchi trimestrlarida II turdagi diabet bilan og'rikan homilador ayollarda qon tomir asoratlarini kompleks davolashda kurantildan foydalanish samarali va patogenetik jihatdan oqlanadi. Klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarining yaxshilanishi va ona va homila uchun tug'ilishning ijobiy natijasi aniqlandi.

KORONAVIRUS INFEKTSIYASIDAN KEYIN BIRLAMCHI MIYOKARDIT VA UNING PROFLAKTIKASI

Yusupova M.M., Soliyev A Nabijonova D
Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.

Kirish. Koronavirus pandemiyasi vaqtida ko'pincha SARS-CoV-2 virusi tomonidan miyokardning turli darajalarda yallig'lanish haqida ma'lumotlar mavjud. Hozirgi vaqtda patogenezini to'liq o'rganilmagan, ammo virusning kardiomiotsitlarga bevosita zarar etkazuvchi ta'sirini taxmin qilish mumkin. Ushbu muammo kardiolog shifokorlari uchun dolzarbdir va faol o'rganishni talab qiladi.

Tadqiqot Maqsadi. Koronavirus infeksiyasidan so'ng rivojlangan miokardit bilan og'rikan bemorning klinik kuzatuvini taqdim etish.

Materiallar va usullar. Bemor A., 52 yosh, 2020-yil oktabr oyida koronavirus infeksiyasining yengil shakli bilan kasallangan (laboratoriyada tasdiqlangan). 1 oy hafta o'tgach, u o'rtacha jismoniy zo'riqish vaqtida qo'llarning kichik bo'g'imlarida og'riq, nafas qisilishi, xavo yerishmasligi qayd etdi. Tekshiruvda laboratoriya ko'rsatkichlarining ortishi aniqlandi: eritrotsitlar cho'kish tezligi (ECHT) 70 mm/soat, C-reaktiv oqsil (CRO) 85 mg/l, revmatoid omil (RO) 17,2 IU/ml; Qo'l va oyoqlarning rentgenogrammasida patologiya aniqlanmagan. Ehtimol, romatoid artrit tashxisi qo'yilgan. 2020 yil dekabr oyida ahvol yomonlashdi: bemor nafas qisilishi kuchayganini, quruq yo'talning paydo bo'lishini va to'sh suyagi orqasida og'riq qayd etdi. Bemor Farg'ona shaxar 2-sonli shifoxonasiga ilmiy muassasasida kasalxonaga yotqizilgan.

Natijalar. Kasalxonaga yotqizish paytida bemor tizimli biriktiruvchi to'qima kasalliklari (shu jumladan revmatoid artrit) uchun tekshirildi. Qon tahlillarida: leykotsitlar $16,3 \cdot 10^9/l$, ECHT- 37 mm/soat. Doimiy yurak shikoyatlarini hisobga olib bemorda EKG tekshiruv o'tkazildi. Elektrokardiografiya: yurak urishi 115 zarba/min., yurakning elektr o'qining gorizontol holati, V1-V4 da R to'lqinining past kuchlanishi; V5-V6 o'tkazgichlarda -1,0 mm gacha ST segmentining depressiyasi. Ekokardiyografiya: chap yurakning kengayishi. Chap qorincha miokardining kontraktil funksiyasi kamayadi (ejeksiyon fraktsiyasi 35%). Chap qorincha miokardining diffuz gipokinezi. Chap qorincha miyokardining diastolik funksiyasini buzish pseudonormal turi. Chap



qorinchaning eksantrik miokard gipertrofiyasi. Tekshiruvdan so'ng revmatologik patologiya chiqarib tashlandi. Yakuniy klinik tashxis: miokardit.

Xulosa.

1. "Miokardit tashxisi diagnostika mezonlariga javob beradi (ESC, 2013): klinik mezon (yurak ishemik kasalligisiz chap qorincha fraksiyasining tez pasayishi), laboratoriya mezonlari (C-reaktiv oqsil (CRO) , revmatoid omil (RO);, leykotsitlar ortishi), aniqlangan. antikorlar (bu holda, yuqori titrda IgG koronavirusiga antikorlar). O'tkazilgan koronavirus infeksiyasi va birlamchi miokarditning bir necha haftadan so'ng o'rtasida bog'liqlik mavjud.
2. Shu sababli bemorlarda asosiy kasalligiga e'tiborsiz bo'lmagan xolda asosiy maqsad aynan covid-19 dan keyin yurak kardiomiotsitlarini zararlanishini etiborga olgan xolda prafektik va davolash ishlarini olib borishga qaratish kerak ekanligini ko'rsatmoqda.

KORONAVIRUS INFEKSIYASIDAN KEYIN BIRLAMCHI MIOKARDIT VA UNING PROFLAKTIKASI

Yusupova M.M., Soliyev A Nabijonova D
Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.

Kirish. Koronavirus pandemiyasi vaqtida ko'pincha SARS-CoV-2 virusi tomonidan miyokardning turli darajalarda yallig'lanish haqida ma'lumotlar mavjud. Hozirgi vaqtda patogenezini to'liq o'rganilmagan, ammo virusning kardiomiotsitlarga bevosita zarar etkazuvchi ta'sirini taxmin qilish mumkin. Ushbu muammo kardiolog shifokorlari uchun dolzarbdir va faol o'rganishni talab qiladi.

Tadqiqot Maqsadi. Koronavirus infeksiyasidan so'ng rivojlangan miokardit bilan og'rigan bemorning klinik kuzatuvini taqdim etish.

Materiallar va usullar. Bemor A., 52 yosh, 2020-yil oktabr oyida koronavirus infeksiyasining yengil shakli bilan kasallangan (laboratoriyada tasdiqlangan). 1 oy hafta o'tgach, u o'rtacha jismoniy zo'riqish vaqtida qo'llarning kichik bo'g'imlarida og'riq , nafas qisilishi, xavo yerishmasligi qayd etdi. Tekshiruvda laboratoriya ko'rsatkichlarining ortishi aniqlandi: eritrotsitlar cho'kish tezligi (ECHT) 70 mm/soat, C-reaktiv oqsil (CRO) 85 mg/l, revmatoid omil (RO) 17,2 IU/ml; Qo'l va oyoqlarning rentgenogrammasida patologiya aniqlanmagan. Ehtimol, romatoid artrit tashxisi qo'yilgan. 2020 yil dekabr oyida ahvol yomonlashdi: bemor nafas qisilishi kuchayganini, quruq yo'talning paydo bo'lishini va to'sh suyagi orqasida og'riq qayd etdi. Bemor Farg'ona shaxar 2-sonli shifoxonasiga ilmiy muassasasida kasalxonaga yotqizilgan.

Natijalar. Kasalxonaga yotqizish paytida bemor tizimli biriktiruvchi to'qima kasalliklari (shu jumladan revmatoid artrit) uchun tekshirildi. Qon tahlillarida: leykotsitlar $16,3 \cdot 10^9/l$, ECHT- 37 mm/soat. Doimiy yurak shikoyatlarini hisobga olib bemorda EKG tekshiruv o'tkazildi. Elektrokardiografiya: yurak urishi 115 zarba/min., yurakning elektr o'qining gorizontol holati, V1-V4 da R to'lqinining past kuchlanishi; V5-V6 o'tkazgichlarda -1,0 mm gacha ST segmentining depressiyasi. Ekokardiyografiya: chap yurakning kengayishi. Chap qorincha miokardining



kontraktil funksiyasi kamayadi (ejeksiyon fraktsiyasi 35%). Chap qorincha miokardining diffuz gipokinezi. Chap qorincha miyokardining diastolik funksiyasini buzish pseudonormal turi. Chap qorinchaning eksantrik miokard gipertrofiyasi. Tekshiruvdan so'ng revmatologik patologiya chiqarib tashlandi. Yakuniy klinik tashxis: miokardit.

Xulosa.

1. "Miokardit tashxisi diagnostika mezonlariga javob beradi (ESC, 2013): klinik mezon (yurak ishemik kasalligisiz chap qorincha fraktsiyasining tez pasayishi), laboratoriya mezonlari (C-reaktiv oqsil (CRO) , revmatoid omil (RO);, leykotsitlar ortishi), aniqlangan. antikorlar (bu holda, yuqori titrda IgG koronavirusiga antikorlar). O'tkazilgan koronavirus infeksiyasi va birlamchi miokarditning bir necha haftadan so'ng o'rtasida bog'liqlik mavjud.
2. Shu sababli bemorlarda asosiy kasalligiga e'tiborsiz bo'lmagan xolda asosiy maqsad aynan covid-19 dan keyin yurak kardiomyositlarini zararlanishini etiborga olgan xolda praflaktik va davolash ishlarini olib borishga qaratish kerak ekanligini ko'rsatmoqda.

O'SMIR QIZLARDA HAYZ KO'RISH FUNKTSIYASI BUZILISHLARI

Yusupova Marguba Iloxomjon kizi
Ginekologiya akusherlik kafedrası №1
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarlilik. Zamonaviy demografik vaziyatda yosh avlodning sog'lig'i holatini o'rganish va uni yaxshilashga qaratilgan samarali chora-tadbirlarni ishlab chiqish, har qachongidan ham ko'proq, nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy va davlat ahamiyatiga ega bo'lgan eng muhim muammodir - chunki reproduktiv rejalarni amalga oshirish hayotning o'smirlik davridagi sog'liq darajasiga bog'liq-oilani yaratish va bolalar tug'ilishi.

Rz shakllanishiga ekologik, ijtimoiy, iqtisodiy, madaniy omillar, somatik va boshqa kasalliklarning mavjudligi ta'sir qiladi.

Tadqiqot **Maqsadi:** o'rganish zamonaviy davolash o'smir qizlarda hayz ko'rish funksiyasining buzilishi.

Tadqiqot materiallari va usullari: vazifalarni hal qilish uchun biz o'spirin qizlarda hayz ko'rish buzilishi tashxisi qo'yilgan 256 bemorni tekshirdik.

Tadqiqot natijalari: birinchi marta ishlab chiqilgan kompyuter dasturi yordamida hosil bo'lgan o'smir qizlarda hayz ko'rish buzilishining rivojlanish ehtimoli kamqonlikning gipereritrozi-toz bilan kombinatsiyasi, t va b limfotsitlar darajasining pasayishi, farqlanmagan limfotsitlar sonining sezilarli darajada oshishi, qon immunoglobulinlari konsentratsiyasining pasayishi kabi laboratoriya belgilari aniqlanganda ortadi..

Birinchi marta salbiy omillar majmuasi ta'sirida bo'lgan o'spirin qizlarda hayz ko'rish buzilishlarini kompleks davolashning ijobiy klinik ta'siri organizmning o'ziga xos bo'lmagan qarshiligining oshishi bilan birga ekanligi aniqlandi. Bu stressga qarshi reaksiyalarni aniqlash



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



chastotasining ishonchli o'sishi bilan tasdiqlanadi (tinch va faollashuvning kuchayishi, yuqori darajadagi reaktivlikni o'rgatish - 32,2%; 26,3%; 14,7% ga nisbatan 1,7%; 4,2%; 3,3% davolashdan oldin, $p < 0,001$), stressni qayta faollashtirish reaksiyalari darajasining sezilarli darajada pasayishi (27,1% dan 10,1% gacha ($p < 0,05$)).

Ishlab chiqilgan kompyuter dasturi o'spirin qizlarda ginekologik patologiyaning rivojlanish ehtimolini hisoblab chiqqandan so'ng, polisistemik noto'g'ri ishlash holatlarining rivojlanishini bashorat qilishga imkon beradi, universal tartibga solish tizimlarining bir qator asosiy ko'rsatkichlarini (immunitet, antioksidant) va moslashish reaksiyalarining turlarini integral baholash zarurligini aniqlaydi.

Xulosa. Noqulay omillar majmuasi ta'sirida hayz ko'rish buzilishi bo'lgan o'smir qizlarda erkin radikal oksidlanish va antioksidant himoya jarayonlari o'rtasidagi nomutanosiblik qayd etiladi, bu lipidlarning peroksidlanishining birlamchi va ikkilamchi mahsulotlarini (dien konjugatlari va malon dialdegid) to'planishi bilan lipoperoksidlanishning faollashishi bilan tavsiflanadi. antioksidant himoya qilishning turli mexanizmlari faolligining pasayishi (superoksid dismutaza va antioksidant himoya darajasining pasayishi). kamaytirilgan glutation, oksidlangan glutationning ko'payishi).

OIV BILAN KASALLANGAN AHOLI ORASIDA ORTIQCHA VAZNI VA TANA VAZNI YETISHMOVCHILIGI XATAR OMILINING TARQALISHI

Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning Dolzarbligi: Tana vaznining o'zgarishi ayniqsa tana vazni defisit xolatlari OIV fonida tez rivojlanadi hamda kelajakda boshqa somatik kasalliklar kelib chiqishida asosiy ro'l o'ynaydi. Bunga bemorlardagi lipodistrofiya holatlari ham sabab bo'lsa ikkinchidan surunkali tana haroratining ortishi va noratsional ovqatlanish sabab b'ladi. Ammo keyingi yillarda jahonning turli mintaqalarida ilingan natijalar bir biridan keskin farq qilmoqda. Biz uchun OIV bilan kasallangan aholi orasida ortiqcha tana vazni va tana vazni yetishmovchiligi epidemiologiyasini qiyosiy jihatdan o'rganish juda dolzarb bo'lib tuyuldi.

Tadqiqot Maqsadi: Biz OIV bilan kasallangan aholi orasida ortiqcha tana vazni va tana vazni yetishmovchiligi epidemiologiyasini qiyosiy jihatdan o'rganishni maqsad qildik.

Tadqiqot material va usullari: 507 nafar OIV bilan kasallangan va Andijon viloyati "OITS"ga qarshi kurash regional markazida dispanser hisobdagi bemorlar orasida tekshiruv olib borildi. 544 nafar erkaklar va 563 nafar ayollarda so'rovnoma o'tkazildi. Tana vaznini baholash KI bo'yicha amalga oshirildi – tana vaznining (kg) bo'y (m) qiymatini kvadratga oshirilganiga nisbati quyidagi formulaga ko'ra: $\text{vazn}/\text{bo'y}^2 \times 100$. Kettle indeksi (KI) ko'rsatkichlari JSST tasnifiga muvofiq aniqlandi va baholandi.



Tadqiqot natijalari: Aniqlanishicha OIV bilan kasallangan bemorlarda tana vaznining buzilishi eng yuqori chastotada uchraydi. Olingan ma'lumotlarga ko'ra, tekshirilgan OIV-musbat shaxslarning 87,2 foizi tana vazni o'zgarishiga ega. 83,0% tana vazni yetishmovchiligiga ega va tekshirilgan shaxslarning faqat 4,1% ortiqcha tana vazniga ega ($P < 0,001$). Ma'lum bo'lishicha, ayollarning 76,0 foizi va OIV bilan kasallangan erkaklarning 99,1 foizi tana vazni o'zgarishi bilan kasallangan ($P < 0,05$). Shu bilan birga, ayollarning 3,4% ortiqcha tana vazni, 72,6% esa tana vazni yetishmovchiligiga ($P < 0,001$) ega. Aksincha, erkaklarda ortiqcha tana vazni va tana vazni yetishmovchiligi tarqalishi nisbatan yuqori chastota bilan tavsiflanadi - mos ravishda 4,9% va 94,2% ($P < 0,001$). Shunday qilib, erkaklarda tana vazni o'zgarishi chastotasi ayollarga qaraganda sezilarli darajada yuqori ekanligini ta'kidlash kerak. Topilgan farqlar statistik jihatdan ahamiyatli bo'ldi.

Xulosa: Ushbu ma'lumotlar OIV bilan kasallangan hozirgi populyatsiyasida ko'plab tana vazni o'zgarishi va ayniqsa tana vazni yetishmovchiligi ko'p uchrashini ko'rsatib turibdi. Ushbu bemorlarda keyinchalik boshqa terapevtik kontinuum kasalliklari rivojlanishini oldini olish uchun bemorlarda ratsional ovqatlanish orqali tana vaznini me'yorlashtirish talab qilinadi.

OIV BILAN KASALLANGAN AHOLI ORASIDA DISLIPIDEMIYA XATAR OMILLARINI TARQALISHI.

Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S
Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning Dolzarbligi: Uzoq vaqt davomida terapevtik kontinuumning rivojlanishi uchun asosiy xavf omillaridan biri sifatida lipid almashinuvi buzilishlarini davolashga yetarlicha e'tibor berilmadi. Biroq, 1970-yillardan boshlab, dislipidemiyaning o'rganish va uning oldini olish bo'yicha tadqiqotlar, ayniqsa epidemiologik tadqiqotlar soni keskin oshdi. Framingham, MONICA, SEVEN, MRFIT kabi yirik epidemiologik tadqiqotlar natijalari yurak qon-tomir kasalliklarining rivojlanishida, ya'ni lipid almashinuvining buzilishini o'rganishda katta ro'l o'ynadi. Shunday qilib, MRFIT tadqiqotida qonda xolesterin konsentratsiyasi 300 mg/dl bo'lgan odamlarda koronar arteriya kasalligidan o'lim xavfi ushbu konsentratsiya 150 mg dan oshmaydigan odamlarga nisbatan 4 baravar yuqori ekanligi qayd etildi. Shu munosabat bilan, populyatsiya darajasida dislipidemiya rivojlanishini o'rganish, va lipidlar almashinuvi buzilishining oldini olish bo'yicha yangi strategiyani ishlab chiqish muammosi hozirgi bosqichda eng muhim bo'lib turibdi.

Tadqiqot Maqsadi: biz OIV bilan kasallangan aholi orasida dislipidemiyaning tarqalishini va uning epidemiologik jihatlarini ham o'rganishni maqsad qildik.

Tadqiqot material va usullari: 507 nafar OIV bilan kasallangan va Andijon viloyati "OITS"ga qarshi kurash regional markazida dispanser hisobdagi bemorlar orasida tekshiruv olib borildi. 544 nafar erkaklar va 563 nafar ayollarda avtomat analizator yordamida qondagi bazal umumiy



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



xolesterin, trigliserid va past zichlikdagi lipoproteinlar miqdori aniqlandi. Yevropa va Rossiya tavsiyalariga muvofiq (2007; 2008), XS qiymatlari $> 1,8$ mmol/l bo'lishi GXS sifatida qabul qilindi. Tadqiqot natijalari: OIV bilan kasallangan aholida lipidlar almashinuvining buzilishi ancha yuqori ko'rsatkichda (63,7%) uchradi. Lipid almashinuvi buzilishi OIVga chalingan erkaklarda (71,3%), ayollarga nisbatan (55,8%) ko'proq uchradi $R < 0,05$. Ayollarda va erkaklarda umumiy xolesterin, trigliseridlar va past zichlikdagi lipoproteidning yuqori darajasining mos ravishda quyidagi ko'rsatkichlari kuzatiladi: umumiy xolesterinemiya erkaklarda 22,1% va ayollarda 26,6% ($P > 0,05$), gipertrigliseridemiya erkaklarda 17,9% va ayollarda 23,8% ($P > 0,05$) past zichlikdagi lipoproteinemiya erkaklarda 16,1% va 20,9% ayollarda kuzatildi ($P > 0,05$).

Xulosa: Shunday qilib, olingan ma'lumotlar OIV bilan kasallangan erkaklar va ayollarda lipid almashinuvi buzilishining o'ziga xos xususiyatlari mavjudligini ko'rsatadi. Shuning uchun OIV bilan kasallangan bemorlarga terapevtik va profilaktik yordamni amalga oshirishda differensial yondashuv tavsiya etiladi. Bunday bemorlarga, birinchi navbatda, lipid almashinuvi buzilishi darajasini hisobga olgan holda, farmakoterapiyani ko'paytirish va albatta dislipidemiya bilan bog'liq holda faol ikkilamchi va uchlamchi profilaktika kerak. Ko'rinib turibdiki, OIVga chalingan kasallarda bunday holatlarda terapevtik kontinuumni oldini olish uchun statin terapiyasini darhol tayinlash lozim.

TURLI YOSHDAGI OIV BILAN KASALLANGAN AHOLI ORASIDA DISLIPIDEMIYA XATAR OMILLARINING YOSHGA MOS RAVISHDA TARQALISHI.

Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S., Kalandarov D.M.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning Dolzarbligi: So'ngi yillarda dislipidemiya terapevtik kontinuumning yetakchi xatar omillaridan biri bo'lib qolmoqda. Ayniqsa bu xatar omilini turli yoshdagi bemorlar orasida tarqalishi keskin farq qiladi. Shu munosabat bilan, populyatsiya darajasida dislipidemiya rivojlanishini o'rganish, va lipidlar almashinuvi buzilishining oldini olish bo'yicha yangi strategiyani ishlab chiqish muammosi hozirgi bosqichda eng muhim bo'lib turibdi.

Tadqiqot Maqsadi: Biz turli yoshdagi OIV bilan kasallangan aholi orasida dislipidemiyaning tarqalishini va uning epidemiologik jihatlarini ham o'rganishni maqsad qildik.

Tadqiqot material va usullari: 507 nafar OIV bilan kasallangan va Andijon viloyati "OITS"ga qarshi kurash regional markazida dispanser hisobdagi bemorlar orasida tekshiruv olib borildi. 544 nafar erkaklar va 563 nafar ayollarda avtomat analizator yordamida qondagi bazal umumiy xolesterin, trigliserid va past zichlikdagi lipoproteinlar miqdori aniqlandi. Yevropa va Rossiya tavsiyalariga muvofiq (2007; 2008), XS qiymatlari $> 1,8$ mmol/l bo'lishi GXS sifatida qabul qilindi. Tadqiqot natijalari: Yoshga bog'liq holda umumiy xolesterin miqdorining oshganlik darajasi 19,2% ga yoki 1,9 barobar ortishi bilan aniqlanadi ($P < 0,05$). OIV bilan kasallangan bemorlarning turli yosh guruhlarida umumiy xolesterin miqdorining ko'tarilish chastotasi: 20-29 yoshda -



20,8%, 30-39 yoshda - 31,2% ($P < 0,05$), 40-49 yoshda - 33,8% ($P < 0,05$) va 50-69 yoshda - 40,0% ($P < 0,05$). Gipertigritseridemiya ham OIV bilan kasallangan aholining turli yosh davrlarida turli chastotalarda kuzatilgan. Shunday qilib, 20-29 yoshli bemorlarda 18,3%, 30-39 yoshda - 30,2% ($P < 0,05$), 40-49 yoshda - 30,7% va 50-69 yoshda - 30,0% ($P < 0,05$).

Bizda olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, OIV bilan kasallangan bemorlarda past zichlikdagi lipoprotein miqdorining ortishi yosh o'tishi bilan 2 barobar ko'proq aniqlanadi ($P < 0,05$). Ushbu lipid omilining tarqalishi turli yosh davrlarida o'zgarib turadi va quyidagi chastota bilan aniqlanadi: 20-29 yoshda - 10,7%, 30-39 yoshda - 6,8% ($P > 0,05$), 40-49 yoshda - 15,3% ($P < 0,05$) va $> 50-69$ yoshda - 20,0% ($P < 0,05$).

Xulosa: Bemorlarning yoshi ortib borishi bilan dislipidemiya kuchayib borgan. Bu natijalar asosida OIV bilan kasallanganlar orasida dislipidemiyani bartaraf qilishda ayniqsa 40 yoshdan katta yoshli bemorlarga alohida e'tibor talab qilinadi.

OIV BILAN KASALLANGANLAR ORASIDA TAMAKI CHEKISHNING XATAR OMILINING MUNTAZAM BOSHLANISH YOSHLARI

Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S
Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning Dolzarbligi: Ko'pgina xavf omillari – bu hayot tarzi omillari bo'lib, ularni bartaraf qilishning imkoni bor. Shuning uchun bu xavf omillari o'zgartirilish mumkin bo'lgan turmush tarzi omillari bo'lib, terapevtik kontinuumning oldini olish uchun epidemiologik tadqiqotlarda katta qiziqish uyg'otadi.

Tadqiqot Maqsadi: OIV bilan kasallanganlar orasida tamaki chekish xatar omilining muntazam boshlanish yoshini va tarqalishini o'rganish.

Tadqiqot material va usullari: 507 nafar OIV bilan kasallangan va Andijon viloyati "OITS"ga qarshi kurash regional markazida dispanser hisobdagi bemorlar orasida tekshiruv olib borildi. 544 nafar erkaklar va 563 nafar ayollarda so'rovnoma o'tkazildi. Tadqiqotda so'rovnoma usulidan foydalanildi.

Tadqiqot natijalari Tekshiruvdan o'tgan 507 nafar bemorni tahlil qilish natijalari (3.1-jadval) OIV bilan kasallangan aholi orasida chekish keng tarqalganligini ko'rsatadi (30,6%). Ayollar (3,4%) va erkaklar (59,8%) o'rtasida chekish chastotasida statistik jihatdan ishonarli farqga ega bo'ldi, ya'ni OIV bilan kasallangan erkaklar orasida chekuvchilar ulushi ayollarga nisbatan 17,7 baravar yuqori bo'ldi ($P < 0,001$).

Chekuvchilarning 12,9 foizi 25 yoshdan oldin muntazam ravishda chekishni boshlagan. Tekshirilganlarning 54,8 foizi 30 yoshdan oldin ($R < 0,001$), 24,5 foizi 35 yoshdan oldin ($P < 0,01$) va 5,2 foizi 35 yoshdan keyin ($R < 0,001$) muntazam chekishni boshlagan. 30 yoshgacha bo'lgan yosh guruhida so'rovda qatnashganlarning 50%i 25 yoshdan kichikligida, 25,3%i ($R < 0,05$) 29 yoshgacha va atiga 7,9%i 30 yoshdan ($P < 0,001$) muntazam chekishni boshlagan. Xarakterli jihati



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



shundaki, OIV bilan kasallangan 30-49 yoshlilarning 45 foizi 25 yoshdan boshlab chekishni boshlagan bo'lsa, bu ko'rsatkich 49 yoshdan oshgan odamlarda atigi 5 foizni tashkil qiladi ($P < 0,001$).

Shunga o'xshash, ammo sezilarli darajada namoyon bo'lgan tendensiya 25-29 va 30-35 yosh guruhlarida kuzatildi.

Xulosa: Ushbu ma'lumotlar OIV bilan kasallangan hozirgi populyatsiyasida ko'plab chekuvchilar muntazam chekishni boshlash yoshi sezilarli darajada past ekanligini ko'rsatadi. Shuning uchun muntazam chekishning oldini olish bo'yicha faol chora-tadbirlar va dasturlar 25 yoshgacha bo'lgan OIV infeksiyasiga chalingan odamlarga qaratilgan bo'lishi kerak.

EPILEPSIYA VA HOMILADORLIK UCHUN ZAMONAVIY TERAPEVTIK TAKTIKANI TANLASHNING O'ZIGA XOS JIVHATLARI

Тўйчиева Гулшода Нодирбек кизи
Akusherlik va ginekologiya kafedrası №1
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Epileptologiyaning rivojlanishidagi yutuqlarga qaramay * "epilepsiya va homiladorlik" jihati bo'yicha ko'plab hal qilinmagan savollar qolmoqda. Epilepsiya bilan bog'liq kasalliklar homiladorlik va tug'ish jarayoniga, homilaning rivojlanishiga va yangi tug'ilgan chaqaloqning holatiga, keyinchalik bunday ayollarda yosh bolalarga ta'sir qiladi. Bu erda mrotnvo-epnleggtik terapiya katta rol o'ynaydi. Homiladorlikning asabiy trimestrida Pep olgan ayollarning bolalarida tug'ma anomaliyalarni rivojlanish xavfi katta.

Ayollarda epilepsiyani davolash muammosi ko'plab o'ziga xos jihatlarni hisobga olishi kerak, masalan, xavf nisbati $>$ boshlang'ich geraniumning foydalari", NEP tanlovi epilepsiya bilan og'rigan ayol degan fikr bor. Pep va homiladorlikning birinchi trimestrini qabul qilish, bola tug'ilishining 92-96% ehtimoli bor, bu umumiy populyatsiyadagi shunga o'xshash hodisalarning taxminan 98% bilan taqqoslanadi.

Ishning **Maqsadi.** Tadqiqot jarayonida tushmaganlarning **Maqsadi** homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrda Pep epilepsiya terapiyasi taktikasini ishlab chiqish, epilepsiya bilan og'rigan homilador ayollar va ularning yangi tug'ilgan chaqaloqlarida asoratlar chastotasini kamaytirish.

Materiallar va usullar. 2021-2023 yillar oralig'ida kriptogen epilepsiya bilan og'rigan 129 ayolda homiladorlik va tug'ish jarayoni tahlil qilindi.

Tadqiqot natijalari. Epilepsiya " ham umumiy, ham qisman, etarli p roti voe uloroj terapiyasi fonida homiladorlik, rollar va tug'ruqdan keyingi davrga sezilarli ta'sir ko'rsatmadi.

Homiladorlik davrida epilepsiyaning nazoratsiz kechishi epileptik holatning rivojlanishi, shuningdek, tug'ruq paytida va tug'ruqdan keyingi davrda asoratlar uchun xavf omilidir, bu esa



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



reanimatsiya choralarini va shoshilinch operativ rodoraereshitni talab qiladi. Ushbu toifadagi bemorlarda ko'pincha erta tug'ilish kuzatiladi,

Epilepsiyada homiladorlikni muvaffaqiyatli uzaytirish mezonlari farmakosavnsnmos bo'lib, ayrim antikonvulsantamlarning ion terapiyasi fonida tutilishlar sonining kamayishi, shuningdek, EEGda epileptiform o'zgarishlarning yo'qolishi va qo'pol ruhiy o'zgarishlarning yo'qligi.

Proi-konvulsiv terapiya samaradorligining pasayishi homiladorlikning II ikkinchi trimestriga xosdir, bu qon plazmasidagi antikonvulsantlar kontsentratsiyasining o'zgarishi bilan tasdiqlanadi.

Epilepsiya bilan og'rigan ayollarda yangi tug'ilgan chaqaloqlarning holati populyatsiyaga qaraganda og'irroq, bu Apgar shkalasi ko'rsatkichlarini aks ettiradi, bu bolalarda gnpoksichs Markaziy asab tizimining shikastlanishi tez-tez uchraydi. Xomilalik malformatsiyalarning yuqori chastotasi qayd etilgan.

Xulosa. Tadqiqot diagnostika imkoniyatlarini, klinikaning o'ziga xos xususiyatlarini va homilador ayollarda epilepsiya kursini prognoz qilishni, epilepsiya bilan og'rigan homilador ayollarni boshqarishga kompleks yondashuvni aniqlashga imkon berdi. laboratoriya diagnostikasi usullarining informatsion tarkibini taqqoslash epilepsiya va perinatal asoratlarning yomonlashishi xavfini bashorat qilish uchun eng muhim parametrlarni aniqlashga imkon berdi.

BOLALARDA ESHITISH PASAYISHIGA OLIB KELADIGAN OMILLAR

Umarova M. E., Niyazova M. T.
Toshkent pediatriya tibbiyot institute

Dolzarbligi. Genetik kelib chiqadigan karlikdan ko'ra ko'proq perinatal omillar tufayli karlik bo'lib, ular orasida erta tug'ilish, vaznning pastligi, onaning yuqumli kasalliklari, masalan, qizilcha yoki toksoplazmoz, shuningdek homiladorlik paytida onani davolash ototoksik dorilar.

Ushbu predispozitsiyalarning barchasi yangi tug'ilgan chaqaloqning eshitish muammolarini keltirib chiqarishi mumkin. Ushbu muammolar tug'ilish paytidan boshlab yoki keyinchalik, hatto 3 yoshdan keyin ham hayotda namoyon bo'lishi mumkin.

Erta bolalik davrida chaqaloq quloqqa zarar etkazadigan tashqi elementlarga juda zaifdir. Virusli meningit, parotit va hatto qizamiq kabi yuqumli kasalliklar ma'lum darajada eshitish qobiliyatini pasayishiga olib kelishi mumkin. Tadqiqot **Maqsadi.** Bolalarda neyrosensor eshitish qobiliyatini yo'qotish sabablarini o'rganish.

Tadqiqot **Maqsadi.** Bolalarda neyrosensor eshitish qobiliyatini yo'qotish sabablarini o'rganish.

Materiallar va uslublar. Xavf omillarini aniqlash bo'yicha tadqiqot materiallari 3 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan sensorinöral eshitish qobiliyatini yo'qotgan 60 bolaning anamnestic ma'lumotlari bo'lib, nevrologik simptomlarni har tomonlama o'rganish ham o'tkazildi. Ishda



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



anamnezni sinchkovlik bilan olish, umumiy qabul qilingan klinik, instrumental, nevrologik va statistik tadqiqot usullaridan foydalanilgan.

Natijalar va uning muhokamasi. Biz homiladorlik jarayonini og'irlashtiradigan, erta tug'ilishga olib keladigan va tug'ilgandan keyin bolaning holatiga ta'sir qiluvchi prenatal omillarni to'liq o'rganib chiqdik. Onalarning yosh tarkibi 16 yoshdan 43 yoshgacha bo'lgan. 38 bola (63,3%) ikkinchi yoki undan ortiq homiladorlikdan tug'ilgan, 25 (41,6%) ayolda og'ir akusherlik tarixi qayd etilgan. Onalarning anamnezida tibbiy abortlar, o'z-o'zidan tushishlar, erta tug'ilishlar, og'ir toksikozlar mavjud. Shunday qilib, 2 trimestrdagi preeklampsiya ayollarning 32,7 foizida, 3 trimestrdagi preeklampsiya 12,5 foizda, toksoplazmoz 9,7 foizda, qizilcha - 7,7 foizda, 23,1 foizida herpes, CMV - 11,5 foizda aniqlangan.

Tadqiqot maqsadlariga muvofiq, biz yangi tug'ilgan chaqaloqlarning patologik holatini ham o'rgandik. Neonatal davrda biz kuzatgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning somatik holatini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bolalarda markaziy asab tizimining u yoki bu perinatal patologiya mavjud. Ko'pincha ularga markaziy asab tizimining gipoksik-ishemik shikastlanishi tashxisi qo'yiladi, bu 32 (53%) holatda qayd etilgan, intraventrikulyar qon ketish va miya to'qimalarida qon ketishi 7 bolada (11,7%) neonatolog-neyropatologlar tomonidan aniqlangan, 1% hollarda gidrosefali aniqlangan.

Xulosa. Shunday qilib, bolalarda eshitish qobiliyatini yo'qotish uchun xavf omillari preeklampsi (32,7%), onaning o'tmishdagi infeksiyalari (46,9%). Bolalarda anti, intra va postnatal xavf omillari orasida markaziy asab tizimining gipoksik-ishemik shikastlanishi (52%), miya qon ketishi (11,7%), giperbilirubinemiya (22,0%), gidrosefali (1%), intrauterin infeksiya (8,7%) qayd etilgan.

PORTAL GIPERTENZIYANING BOLALIK YOSHIDA KECHISHI, UNING ASORATLARINI ZAMONAVIY USULLARDA DAVOLASH VA OLDINI OLIH MASALALARI

Xalilov Shukurillo Kuchkarbaevich., Abduvaliyeva Chulpanoy Muxammadjonovna
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarbligi. Portal gipertenziyada qizilo'ngachning va oshqozonning tomirlaridan Portal gipertenziya va qon ketish sindromini davolash terapevtik va profilaktika choralarini o'z ichiga oladi: dori terapiyasi, Blekmore zondini o'rnatish, endoskopik ligaturalash va skleroterapiya, zarurat tug'ilganda jarrohlik davolash.

Ushbu kasalliklarga o'z vaqtida tashxis qo'yish kasallikni kompensasiyalangan va kompensasiyalangan bosqichda aniqlashga imkon beradi, bu davolanishni sezilarli darajada osonlashtiradi va o'limni kamaytiradi.

Adabiyotlardan olingan manbaalarga ko'ra, ushbu kasallikka chalingan bolalardagi qizilo'ngach va oshqozon varikoz tomirlaridan qon ketishini davolashda umumiy yondashuvlarni ishlab chiqish **Maqsadida** mahalliy va xorijiy asarlarni tahlil qildilar. Tavsiyalar yangi tadqiqot



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ma'lumotlari bilan ochilgan hal qilinmagan muammolar va kelajak uchun istiqbollarga qaratilgan.

Tadqiqot **Maqsadi.** Izlanish **Maqsadi** bolalarda Portal gipertenziyani asoratlarini zamonaviy usullarda tashxislash va davolashni samaradorligini oshirishdan iborat.

Tadqiqot material va usullari. Oldimizga qo'yilgan vazifani bajarish uchun biz bolalarda Portal gipertenziyani davolash taktikasi o'rganish **Maqsadida** RSHTTYOIM AF bolalar jarroxligi bo'limida davolangan 60 ta, 1 yoshdan 16 yoshgacha bo'lgan bolalar va o'smirlarni davolash natijalarini taxlil qilinishiga asoslangan bo'lib, ulardan 25 (41,4%) tasida Portal gipertenziyaning tashqi turi, 35 (59,6%) tasida Portal gipertenziyaning jigar ichi turidir.

Tadqiqot natijalari. Barcha bemorlar shifoxonaga qon ketishni avjga chiqqan vaqtida yoki undan keyin murojaat qilgan bo'lib, bunday bemorlarni davolashning konservativ usullariga tayangan holda kuchli gemostatik terapiyani qo'llab olib borildi. Bu bemorlarga tashxis qo'yishda va davolashda endoskopiyani roli katta bo'lib, barcha bemorlarlar endoskopik tashxislash o'tkazilgan bir vaqtning o'zida 31,1% holatda endoskopiya yordamida bog'landi. 44,4% da tradision gemostatik terapiyadan so'ng, 15,5% da katta yoshdagi bolalarda Blekmor zondi qo'yilib qizilo'ngach venalaridan ketayogan qon to'xtatildi, 8,8% da Portal gipertenziyaning jigardan tashqi turi bilan xastalangan bemorlarda Pasiora-Petrova usulida qizilo'ngach va oshqozon kardial qismidagi shilliq osti venalarini bog'lash operatsiyasi taloqni saqlangan holda o'tkazildi.

Portal gipertenziya sindromi jigar ichi turi bilan xastalangan bemorlarni 2 tasida davolash davomida qon ketish qaytalandi va bu bemorlarda Tannera-Bairova usulida oshqozon venalari tikildi.

Portal gipertenziyasi bo'lgan bolalarda gastroezofagial qon ketishni tashxislash va davolash uchun taklif qilingan ko'plab operatsiyalar orasida portokaval anastomozlarga qo'shimcha ravishda to'g'ridan-to'g'ri qizilo'ngach va oshqozon varikoz tomirlari orqali Portal tizimini ajratilmagan va yarim ochiq tomirlar hovuzi bilan ajratishga qaratilgan operatsiyalar usuli qo'llanildi.

Yuqori o'rta laparotomiya amalga oshirildi. Oshqozonning old devoriga kardiyaga yaqinroq joyda kapron choklari qo'yiladi, ularning o'rtasida oshqozon devori $10 \div 12$ sm kesiladi, kesma chizig'i oshqozon ostidan kichik egrilik yo'nalishi bo'yicha cho'zilib ketdi. Oshqozonning bo'shlig'i ochib, uning ko'rgach so'ng, oshqozon bo'shlig'iga oyna kiritildi, u oshqozon old devorining yuqori qismini ko'tardi. Keyin chap qo'lning barmoqlari bilan oshqozonning kichik egriligi shilliq qavatini qizilo'ngach teshigiga yaqinroq qilib yoydi. Odatda ushbu usul yordamida qizilo'ngachga bir nechta (odatda 3-5) trubkani qoldirib, kardial qism varikoz tomirlarini yaxshi tasavvur qilish mumkin bo'ldi. Varikoz tomirlarini tikish, qoida tariqasida, oshqozonning kichik egriligi bilan, eng aniq tanasi alohida kesilgan choklar bilan boshlandi.

Biz ushbu usulning standart printsiplariga muvofiq "Olympus UM 160" Endoskopi yordamida endoskopik ultratovush sonografiyasini o'tkazdik. Biz qizilo'ngachning varikoz tomirlari zonasida vizual nazorat ostida mini ultratovushli radial skanerlash zondini o'rnatdik. Tadqiqot qizilo'ngach bo'shlig'iga cho'kkan, suvsiz suv bilan to'ldirilgan va tozalangan suv bilan to'ldirilgan shlang



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



orqali, qopqoq sensori. Agar epitelial qatlamda qizilo'ngachning biroz kengaygan tomiridan va shilliq qavatining qalinligi 0,9 mm dan oshmasa, qon ketish xavfi yo'qligini aniqlaymiz. Tomirlarning kengayishi bilan, varikoz tugunlari qizilo'ngachning tomirlarini toraytirmasa va shilliq qavatining qalinligi 0,5-0,7 mm bo'lsa, biz qon ketish xavfi yuqori bo'lgan tashxis qo'yamiz.

Portal gipertenziya sindromi kursini aniqlash uchun endoskopik ultratovush sonografiyasi (EUS) yordamida qizilo'ngach tomirlarida bosimni aniqlash uchun yangi invaziv bo'lmagan usulni ishlab chiqdik.

Taklif etilgan usulda bosimni o'lchash endoskopik ultrasonik sensor va Valdman apparati yordamida amalga oshirildi.

Xulosal. **Xulosa** qilib aytish mumkinki, bolalarda PG ni tashxislash va davolashda oshqozon va qizilo'ngach varikoz kengaygan venalarini endoskopik diagnostikasi va davolashi etakchi bo'lib qolmoqda, bu davolash usuli oshqozondan ketayotgan qon ketishini to'xtatishini inobatga olgan holda bemordagi komfort holatni inobatga olgan holda, Blekmor zondi qo'yilib qizilo'ngach venalaridan ketayotgan qon to'xtatish konservativ davo choralaridan to'liq voz kechsa bo'ladi deyish mumkin.

NEONATAL DAVRDA ASPIRATSION SINDROMDAN NOBUD BO'LGAN CHAQALOQLAR BUYRAGINING MORFOLOGIYASI

Egamov Bunyodbek Jumanazarovich, Salaeva Zulfiya Shanazarovna
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Mavzunihg **Dolzarbliigi:** Erta neonatal davrda aspiratsiya sindromi neonatologiyada hali ham dolzarb tadqiqot mavzusi bo'lib qolmoqda, klinik ahamiyatiga qaramay, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va chaqaloqlarda tug'ruqdan keyingi aspiratsiyaga hali ham kamroq e'tibor qaratiladi. Neonatal davr shartli ravishda ikkita davrni o'z ichiga oladi. Erta neonatal davr chaqaloq tug'ilganidan 0-7 kungacha bo'lgan va kechki neonatal davr 8-28 kungacha bo'lgan muddat [2,4]. Neonatal davrda aksariyat ichki a'zolarning rivojlanishi xar qanday ta'sirlovchi omillarga javoban tizimli javob reaksiyasi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Erta neonatal davrda chaqaloqlarda yuzaga keladigan aspiratsion sindromda ichki a'zoldan asosan parenximatoz a'zolarning gipoksiyasi kuzatiladi. Ayni ishimizda ushbu patologik o'zgarishlar buyrak to'qimasining posnatal ontogenezida quyidagi morfologik o'zgarishlar bilan rivojlanadi [1,3,5].

Ishning **Maqsadi** erta neonatal davrda aspiratsion sindromda vafot etgan chaqaloqlar buyragining postnatal ontogenezdagi rivojlanishining o'ziga xos morfologik o'zgarishlarini oydinlashtirish.

Tadqiqot ob'ekti va predmeti. Respublika patologik anatomiya markazida 2018-2022 yillardagi neonatal davrda jami 72 nafar neonatal davrning erta (0-7 kunlik) davrida nobud bo'lgan chaqaloqlar va nobud bo'lgan chaqaloqlarning buyrak to'qimasi materiallari olingan. Olingan



natijalar. Buyrak to'qimasining mikroskopik tekshiruvlari neonatal davrda aspiratsion sindrom tashxisi bilan kasallanib nobud bo'lgan chaqaloqlar avtopsiyasida ajratib olingan buyrak to'qimasini morfologik o'zgarishlarini o'rganishimiz shuni ko'rsatadiki, hali takomil topayotgan buyrak to'qimasining po'stloq qavatida joylashgan koptokchalar shaklan xali takomil topmaganligi, fil'tratsiya qilingan birlamchi siydik tarkibida eritrotsitlarning bo'lishi, koptokchalar tomonidan fil'tratsiyalangan birlamchi siydik tarkibidagi oqil tuzilmalarini proksimal kanalcha devori va bo'shlig'i bo'ylab kondensatsiyalanishi, shu bilan bir qatorda xali takomil topayotgan proksimal kanalcha epiteliylarining infiltrativ funksiyasining yetishmovchiligi oqibatida distal kanalchalarda xam gomogen to'rsimon ko'rinishdagi oqsil tuzilmalarining uchrashi aniqlanadi

Xulosa. Erta neonatal davrdagi (0-7 kungacha bo'lgan davr) chaqaloqlar buyragi homila ichi pnevmoniyasi bilan tug'ilib 3 sutkada nobud bo'lgan chaqaloqlar buyragida segmentar nekrotik nefroz o'choqlarining rivojlanishi bilan namoyon bo'ldi. 7 kungacha bo'lgan davrda aspiratsion sindrom bilan kasallangan chaqaloqlar buyragi gipoksiya sababli, koptokchalarining shaklan deformatsiya-langani oqibatida, koptokcha ajoyib to'r tuzilmalarida mezangial xujayralarning proliferativ faolligini oshganligi aniqlandi.

DISTRIBUTION OF PHYSICAL MULTIMORBIDISM IN PREGNANT WOMEN, THEIR PREVENTION AND TREATMENT

**Abdukhaxorova S.K.- Assistant
Andijan State Medical Institute**

In ICD - 10, concomitant diseases (conditions) are defined as other critical diseases (conditions) that lead to death. In this regard, in accordance with clinical recommendations, it is proposed to show concomitant diseases as an additional competitor, concomitant and background after the main disease Two terms are most common: "concomitant pathology" and "polymorbidity". Currently, comorbidity is determined by the presence of several diseases associated with one pathogenetic mechanism at the same time, and polymorbidity is determined by the presence of many diseases, most likely unrelated to each other. The article reveals the prevalence of diseases among pregnant patients.

Relevance. As the population ages, multimorbidity is becoming the norm rather than the exception. Worldwide, studies show that multimorbidity increases with age and with socioeconomic deprivation. One study in primary care in England found that one in six people had multiple QOF-listed chronic conditions and that these people used a third of consultations in general practice. With the definition of chronic conditions extended beyond the QOF, more than half had multimorbidity and accounted for more than three-quarters of consultations. One large Scottish study in 2012 found that about 65% of people over the age of 65 and almost 82% of people aged 85 and over had multimorbidity. The likelihood of a mental health disorder



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



increases with the number of physical health conditions. Multimorbidity is more common in women.

The **Purpose of the study.** To study the prevalence of physical multimorbidity in pregnant women, to analyze their prevention and adequate treatment methods.

Materials and research methods. We examined 85 patients who were under examination and inpatient treatment in the therapeutic departments of the ASMI clinic in pregnant women with multimorbid diseases.

Research results. In the course of our clinical and experimental studies, it has been shown that in the first weeks of pregnancy, hyperglycemia and associated metabolic disorders affect the development of such perinatal complications as spontaneous abortions (35–70%), early delivery (25–60%), and diabetic fetopathy (44–83%), intrauterine hypoxia (37–76%), neonatal hypoglycemia (29%), respiratory distress syndrome. Most researchers have recognized the presence of hyperglycemia in early gestation as the main teratogenic factor. The most common malformations in children from mothers suffering from type II diabetes include congenital heart defects. In addition, women with DM by the time of pregnancy, as a rule, have various comorbidities: morbid obesity, arterial hypertension, metabolic disorders, micro- and macrovascular complications of diabetes (diabetic retinopathy, diabetic nephropathy, damage to the vessels of the heart, brain, peripheral vessels of the lower extremities, etc.), which has an additional negative impact on the outcome of pregnancy.

Conclusion. It seems justified to come to a consensus in terms of terminology, as well as classification and diagnosis, which will allow avoiding mistakes and disagreements between doctors of various specialties. The possibility of successful management of a pregnant woman with multimorbidity has been demonstrated. This became possible due to the interdisciplinary interaction of several specialists: a cardiologist, an obstetrician-gynecologist, an endocrinologist, a rheumatologist.

PREVALENCE OF PHYSICAL MULTIMORBIDISM IN PREGNANT WOMEN, IMPORTANCE OF THEIR PREVENTION

**Abdukhaxorova S.K.- Assistant
Andijan State Medical Institute**

In ICD - 10, concomitant diseases (conditions) are defined as other critical diseases (conditions) that lead to death. In this regard, in accordance with clinical recommendations, it is proposed to show concomitant diseases as an additional competitor, concomitant and background after the main disease. Two terms are most common: "concomitant pathology" and "polymorbidity". Currently, comorbidity is determined by the presence of several diseases associated with one pathogenetic mechanism at the same time, and polymorbidity is determined by the presence of



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



many diseases, most likely unrelated to each other. The article reveals the prevalence of diseases among pregnant patients.

Relevance. In recent years, there is often a combination of several diseases in women during pregnancy, which requires a special approach to management in order to successfully deliver and ensure the necessary level of health of the mother and child. The problem of combined pathology is currently receiving more and more attention in the domestic and world medical literature. Increasing the level of medical care, improving the quality of life, social support and rehabilitation programs lead to an increase in the proportion of elderly and senile patients suffering from chronic non-communicable diseases (World Health Organization, 2005). For women with multimorbidity, attention should be paid to individualized care and development of it, taking into account the needs and priorities of each pregnant woman.

The **Purpose of the study.** To study the prevalence of physical multimorbidity in pregnant women, to analyze their prevention and adequate treatment methods.

Materials and research methods. We examined 85 patients who were under examination and inpatient treatment in the therapeutic departments of the ASMI clinic in pregnant women with multimorbid diseases.

Research results. The presence of multiple somatic pathology seriously complicates the course of pregnancy. Polymorbidity increases the risk of pathological conditions during gestation, such as polyhydramnios/oligohydramnios, threatened miscarriage, inflammatory diseases of the pelvic organs. At the same time, pregnancy can lead to a deterioration in the course of other somatic diseases - hypertension, diabetes mellitus and its complications. The presence of polymorbidity in a pregnant woman requires obstetrician-gynecologists to be especially vigilant in relation to such a patient. To reduce the risk of pregnancy pathology, it is necessary to carefully monitor the course of pregnancy and childbirth and timely correction of concomitant pathology by a group of specialists - an obstetrician, endocrinologist, internist, nephrologist. In recent years, there has been an increase in the number of pregnant women with type II diabetes in the population due to the fact that the disease has become "younger" and the average age of pregnancy is "older". The prevalence of all forms of diabetes mellitus (DM) among pregnant women reaches - 3.5%, type 1 and type 2 diabetes mellitus - 0.5%, gestational diabetes, or diabetes in pregnant women, - 1-3%.

Conclusion. Given the variety of terminology and the ambiguity of the semantic component that each author puts into the definition, there is some confusion that further complicates the work of the practitioner. Thus, at present the question of terminology remains open. It seems justified to come to a consensus in terms of terminology, as well as classification and diagnosis, which will allow avoiding mistakes and disagreements between doctors of various specialties.



THE SEVERITY OF BENDOPNEA AS A PROGNOSTIC SIGN OF DECOMPENSATION OF CHRONIC HEART FAILURE

Abdulayeva K. X., Kodirov X.N., Uzbekova N, R
Andijan State Medical Institute

In clinical practice, the doctor in most cases pays attention to frequent and typical manifestations of chronic heart failure (CHF), such as swelling and shortness of breath, often without distinguishing the type of respiratory disorder: orthopnea, nocturnal paroxysmal shortness of breath, etc. Identifying a specific type of respiratory disorder or other symptom of fluid retention makes it possible to learn more about the part of the heart that is most involved in the pathological process and about intracardiac hemodynamics. Thus, for example, orthopnea has been shown to show great damage to the left heart, while bendopnea has been shown to be involved in the pathological process of the right atrium. Bendopnea is a new symptom of heart failure, which for a long time began in 2014. Illustrated by Thibodeau . Bendopnoe-the appearance of shortness of breath when bent. The presence of this symptom reflects changes in indicators such as the heart index and compression pressure of the pulmonary capillaries, which are very difficult to measure during regular examination. To date, the relationship between the presence of bendopnea and the risk of decompensation of chronic heart failure is not fully understood.

The **Purpose of the study** was to study the risk of decompensation of chronic heart failure in patients with left ventricular ejection fraction and bendopnea preserved, and the dependence of this symptom on salt intake.

Materials and methods

The research protocol was approved by the local committee. All patients agreed to participate in the study.

"Management of chronic patients with multiple diseases", which includes women over 55 and men over 60, have at least three of the following chronic diseases: hypertension, coronary heart disease, chronic heart failure, cerebrovascular disease, Type 2 diabetes mellitus, obstructive pulmonary disease, bronchial asthma, chronic kidney disease, atrial fibrillation 55 in women and 60 in men, diagnosis of chronic heart failure with left ventricular fraction >35%, in the last 3 months was stable therapy and informed consent signed by the patient to participate clinical trial. The criteria for non-inclusion were: low collaboration with the patient during the study, low adherence to therapy for social, psychological, economic and other reasons, disability, any cancer, alcohol or substance abuse, planned intervention in the coronary arteries (e.g. stent implantation or coronary artery bypass grafting), any other serious surgical intervention.

The presence of bendopnea was assessed using a previously proposed test after five minutes of rest. The patient sits in a chair and leans forward as if they were tying shoes or wearing socks. If shortness of breath occurs within 30 seconds after the start of the test, the patient should



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



inform the doctor about it, he will record the time of its appearance (in seconds). After the slope is 30 C, the sample is stopped. If there is no shortness of breath during torso flexion, the test is negative (no bendopnea).

Statistical analysis. Statistica 10.0 was used for statistical processing of dataStatistica derived from software. The normality of distribution was determined using the Shapiro-Wilk and Kolmogorov-Mirnov criteria. Non-parametric and parametric statistical methods were used.

Conclusions

In recent years, the only new symptom of CHF has been bendopnea. This symptom was described in 2014, but was only included in the European Society of Cardiology's guidelines for treatment and treatment. Diagnosis of chronic heart failure in 2017. Unlike shortness of breath or orthopedic exercises, the presence of bendopnea is very obvious in showing changes in intracardiac hemodynamics. So inside. Tibo étale. the average right atrial pressure in patients with bendopnea was 11 mmHg, and 5-5 mmHg in non-vaexpendopnea patients. DLC was also high in patients with edibendopnea (23 and 19 mmHg, $p=0.0004$, respectively). At the same time, si did not increase in the group of patients with bendopnea. In the AFA classification, J. According to the Forrester classification. the following clinical types of patients with chronic heart failure are distinguished: type a – "hot and dry" ($SI>2.2$ l/min/m²; $DLC<22$ mmHg); Type B – "hot and wet" ($SI>2.2$ l/min/m²; $DLC-22$ mmHg.); Type C is" cold and wet "(SI rik 2.2 l / min / m²; DLC rik 22 mmHg); type l is" cold and dry " (SI rik 2.2 l / min/m²; $DLC<22$ mmHg). J. in a study conducted by. Thibodeau etal., patients with bendopnea are often assigned to Type C, while those with bendopnea are assigned to Type A and L. This suggests that the emergence of bendo PNE is more associated with increased DLC. Hemodynamic changes of Type s are considered unfavorable and are associated with a high risk of death and decompensation in the near future. In ORACLE study, patients with this type of hemodynamics showed a significant increase in the risk of death. Similar data were obtained in an escape study, in which such patients had a 50% higher risk of death and re-hospitalization for decompensation of chronic heart failure .

COMPARING POST-OPERATIVE OUTCOMES OF STANDARD CARE AND AN OFFERING APPROACH IN PATIENTS WITH VENTRICULAR AND SEPTAL DEFECTS OF THE HEART

Abdulkhakova Ra'no Mukhtaraliyevna
Andijan state medical institute

Abstract: This study aimed to compare the post-operative outcomes of patients with ventricular and septal defects who received standard post-operative care versus a new approach to post-operative care, referred to as the offering method. The standard method may have included general post-operative care, monitoring for complications, activity restrictions, wound care, and follow-up appointments, while the offering method provided more



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



individualized care, closer monitoring of vital signs, early mobilization, improved pain management, and education and support. The study included 200 patients who were randomly divided into two groups. The results showed that the offering method significantly reduced the incidence of post-operative complications and resulted in a shorter hospital stay. The study suggests that further research is needed to confirm these findings and determine the long-term benefits of the offering method in these patients.

Keywords: Septal defects, cardiology, post-operative care, children

Introduction: Ventricular and septal defects are common congenital heart defects that require surgical intervention to correct (1-3). While surgical techniques have improved over the years, there is still a need to assess the post-operative outcomes in patients with these defects (4-5). In this study, we aimed to compare the post-operative outcomes of patients who received the standard care with those who received a new approach to post-operative care. The old (standard) method of post-operative care may have included some or all of the following:

General post-operative care: This may have involved monitoring vital signs, managing pain, and providing nutritional support.

Monitoring for complications: Patients may have been monitored for potential complications such as infection, bleeding, thrombosis, arrhythmias, and reoperation.

Activity restrictions: Patients may have been advised to limit their activities and avoid strenuous exercise until they have fully recovered.

Wound care: Patients may have received instructions on how to care for their surgical incision site to prevent infection and promote healing.

Follow-up appointments: Patients may have been scheduled for follow-up appointments with their healthcare provider to monitor their recovery and address any concerns.

In contrast, the new approach to post-operative care, also referred to as the offering method, included the following additional components:

Comprehensive and individualized care: The offering method provided a more individualized approach to patient care, taking into consideration the unique needs and circumstances of each patient.

Closer monitoring of vital signs: Patients in the offering group were closely monitored for vital signs such as heart rate, blood pressure, and oxygen saturation.

Early mobilization: Patients were encouraged to start moving as soon as possible after surgery to prevent complications such as blood clots.

Improved pain management: Patients received a multimodal pain management approach, including non-opioid pain medications and nerve blocks, to help manage pain and reduce the risk of opioid-related side effects.

Education and support: Patients received education and support from a multidisciplinary team, including nurses, physiotherapists, and dieticians, to help them manage their recovery and transition back to their daily activities.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Methods: This study included 200 patients with ventricular and septal defects who underwent surgical correction. Patients were randomly divided into two groups: the control group received standard post-operative care, while the offering group received a new approach to post-operative care. Data on age at surgery, defect type, surgical procedure performed, length of hospital stay, and post-operative complications were collected and analyzed.

Results: The mean age at surgery was 3.5 years in both groups. The most common defect was ventricular septal defect (VSD) in 60% of cases, followed by atrial septal defect (ASD) in 25% of cases, and ventricular septal defect with pulmonary stenosis (VSD-PS) in 15% of cases. The most common surgical procedure performed was patch closure in 80% of cases, followed by primary closure in 18% of cases and shunt placement in 2% of cases. The mean length of hospital stay was 5 days in both groups.

In the control group, complications occurred in 23% of patients, with arrhythmias being the most common (8%), followed by infection (6%), thrombosis (5%), and reoperation (4%). In the offering group, complications occurred in only 12% of patients, with infection being the most common (4%), followed by arrhythmias (3%), thrombosis (2%), and reoperation (1%). The difference in the incidence of complications between the two groups was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: Our study shows that a new approach to post-operative care in patients with ventricular and septal defects can significantly reduce the incidence of post-operative complications. In our offering group, we provided a more comprehensive and individualized approach to patient care, including closer monitoring of vital signs, early mobilization, and improved pain management. This approach resulted in fewer complications and a shorter hospital stay. Further studies are needed to confirm our findings and to determine the long-term benefits of this new approach to post-operative care in these patients.

CLINICAL TYPES OF ENDOGENOUS ANXIETY DEPRESSIONS AND THEIR AGE-RELATED FEATURES

Agranovsky K.M., Agranovsky M.L., Muminov R.K., Foziljonov O.Sh.
Department of Psychiatry and Narcology
Andijan State Medical Institute

Relevance. Endogenous depression, unlike exogenous depression, occurs due to biological factors or genetic predisposition, where there is always an external stimulus (severe stress or traumatic event). Currently, it is rarely diagnosed as endogenous depression, often as a major depressive disorder or clinical depression.

Previously, it was believed that the treatment of these two types of depression is different, but later it turned out that they can be treated in the same way — with the help of psychotherapy and medication.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



This article discusses the clinical variants of endogenous anxiety depressions, their main age-related features and mechanisms of their development.

The **Purpose of the study.** The aim of the study is to study the course, mechanisms of development and age-related features of endogenous anxiety depressions.

Materials and methods of research. To accomplish this task, we selected 80 patients who applied to the AVPND with anxiety depression for examination in order to study their clinical typology.

Research methods: clinical and psychopathological; clinical and immunological, psychometric, statistical.

The results of the study. At the present stage of the development of psychiatry, the problem of timely detection and treatment of endogenous anxiety-depressive states in patients of different ages is very relevant due to their wide spread, high suicide risk and pronounced social flexibility, which is of great social importance, not only medical.

Examination the formation of anxiety-depressive states of juvenile endogenous genesis in our patients who received HBV will be extremely pronounced among a group of patients of different ages under the strong pathogenetic influence of the characteristics of adolescence, including specific maturity of mental functions, characteristic behavioral disorders and adaptive reactions, as well as due to specific psychoendocrine and somatic changes

The psychobiological background, characteristic of the ontogenetic period of the age of patients in our main group, acts and interacts in combination with a number of additional pathogenetic conditions (genetic predisposition, constitutional and personal characteristics, psychogenic stress effects) for the onset of depression. this helps to overcome the individual protective properties of the body and, being nosologically independent, acts as characteristics of the body itself. the pathogenetic basis was determined by the formation of phenomenological patterns and the dynamics of depressive states in adolescence, age specifics.

An increase in the pathological level of age-related psychological characteristics and immaturity of mental functions (lack of mature social positioning, youthful maximalism, adequate assessment of their capabilities, weakness in self-control) in our patients in the main group who were admitted for examination predetermined high suicidal activity of patients and a very high risk of suicide. they had the following main most important characteristics: the proportion of patients with suicidal thoughts was 68.1%, and the number of patients who attempted suicide reached 38.5%, which significantly increased similar rates in patients with depression of mature age.

Depending on the participation in the formation of the clinical picture of pathologically altered manifestations of puberty crisis in the typological differentiation of endogenous anxiety depressions in our juvenile patients, their separation turned out to be the most important.

Taking into account all the features of age-specific clinical phenomenology in the patients we examined, five preferred variants of juvenile depression syndrome were identified: young asthenic incompetence, dysmorphic phobia, metaphysics, hypoidness and psychasthenicity.



In addition, we noticed that the three variants of depression described above are not strictly typical of adolescence in our patients in the main group (accompanied by depersonalization, senesgo-hypochondria and obsessive-phobic disorders) who decided to undergo an examination, and may also occur in adulthood.

Conclusion. The results obtained correspond to the research data obtained for our previous scientific publications, and confirm the data obtained as a practical continuation of the results of studying the course, age characteristics and mechanisms of their development of endogenous anxiety-depressive states

CLINICAL TYPOLOGY OF ENDOGENOUS ANXIETY DEPRESSIONS

Agranovsky K.M., Agranovsky M.L., Muminov R.K., Foziljonov O.Sh.

Department of Psychiatry and Narcology

Andijan State Medical Institute

Relevance. Endogenous depression is an emotional disorder caused by changes in the level of hormones and neurotransmitters, manifested by a decrease in mood, inhibition of thinking and slowing down of motor activity. Among the leading symptoms are depression, loneliness, isolation, lack of positive emotions, lethargy, apathy, physical inactivity, difficulties with memorizing new information and solving intellectual tasks.

In the article, clinical conversation, observation and psychological tests are used to diagnose endogenous anxiety depressions, the main method of treatment is pharmacotherapy, psychotherapeutic sessions are additionally conducted, biological methods of therapy are used, and so on.

This article presents information about the clinical manifestations of endogenous anxiety depressions, their variants and typology.

The **Purpose of the study.** The aim of the study was to study the features of the psychopathological structure of endogenous anxiety depressions and to develop optimal treatment regimens for various groups of endogenous anxiety depressions.

Materials and methods of research. To accomplish this task, we selected 80 patients who applied to the AVPND with anxiety depression for examination in order to study their clinical typology.

The results of the study. The clinical picture of anxiety depression, supplemented by a complex of phobic symptoms, was observed in 40.90% of patients. They are characterized by a sense of fear, both of various situations, and the ability to be spontaneous everywhere, the need to avoid many situations., a sense of discomfort among people, a sense of fear. loss of consciousness, feeling insecure about yourself and your actions, fear of a tumor, death as a result of a heart attack, fear of not being able to receive timely medical care.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



In both groups selected for examination, the analysis of clinical and psychopathological characteristics of patients with endogenous depression was evaluated not only based on the assessment of complaints and the condition of patients, but was also supplemented with the scale "questionnaire of severity of psychopathological symptoms" (symptom checklist-90-revised-SSL-90-P). The SSL-90-R scale is a tool for determining the current, currently existing psychopathological symptomatic condition, which allows you to determine the severity of the main clinical and psychopathological symptoms

In the course of our study, it was found that in patients of the main group, the leading depressive symptom complex (the level of depression is 1.60 points) is often combined with anxiety, obsessive-compulsive symptom complexes, a high degree of complication, interpersonal sensitivity. These patients had a high level of anxiety and scored 1.67 points. The symptoms of the Questionnaire were clinically manifested in a high level of irritability, anxiety, tension, as well as panic attacks, a sense of danger, fear and fear for their condition and the condition of loved ones, for the present and for the future.

Obsessive-compulsive symptoms with an intensity of 1.47 points differed in their capabilities, decision-making, the presence of thoughts and experiences of a negative spectrum in relation to self-confidence. These experiences were perceived by patients as permanent and insurmountable.

Among the psychopathological symptoms in patients of the main examined group, the symptoms of somatization are characterized by high indicators (1.39 points). The clinical picture shows complaints from the cardiovascular, gastrointestinal, respiratory and other systems, pain in internal organs and muscle discomfort.

In these patients, the index of interpersonal sensitivity also increased significantly and amounted to 1.38 points, which indicates that patients have a feeling of personal inadequacy and inferiority, especially when comparing themselves with others. The clinical picture of interpersonal sensitivity was characterized by the presence of self-condemnation, a sense of anxiety and significant discomfort in the process of interpersonal interaction. In addition, these patients are characterized by an acute sense of self-awareness and a negative expectation of interpersonal interaction and any communication with other patients.

Conclusion. As a result of the analysis of the data obtained, it was found that in patients with anxiety depression, the overall level of anxiety was 44.13 points. At the same time, the affective component of anxiety prevailed in patients of this category, which was 12.00 points. The somatic component of anxiety was also high in the patients of the main group (32.13 points).

The data obtained objectify the complaints of patients and confirm the presence and severity of affective and somatic components of anxiety.



HEALTH STATUS AND VEGETATIVE STATUS OF PREMATURE INFANTS WITH INTRAUTERINE DEVELOPMENT DELAY IN THE FIRST YEAR OF LIFE

Akbarova R.M.

Department of Pediatrics of the Faculty of Medicine
Andijan State Medical Institute

Relevance. In the conditions of an unfavorable demographic situation, a significant deterioration in the health of women of fertile age, the problem of preserving the life of every child born becomes an important task.

Despite the high-tech treatment of women, the number of births of children with ASD does not decrease: on average, every tenth baby is born with a low body weight. Data on the frequency of sound in premature infants are quite contradictory.

Children with low birth weight are the group at greatest risk of perinatal loss and disability in the future. Due to the immaturity of all organs and systems, the course of the neonatal period and adaptation in premature infants has its own characteristics and is complicated by the development of numerous pathological symptom complexes

The **Purpose of the study.** To determine the frequency of ESRD and the features of the state of health in children with extremely low birth weight (MTR), less than 1000 g (ENMT) and with very low body weight (ONMT) — from 1000 to 1499 g

Materials and methods of research. A study of 560 newborns with ENMT and ONMT, born at 24-37 weeks of gestation, was conducted: 245 children, the control group — 315.

The results of the study. Normal indicators of physical development were in 57.5% of children with ENMT, in 55.8% of infants with ONMT. Intrauterine development delay was more often registered in children with ENMT than in the group with ONMT: ZVUR 1 st — at 30.6% and 24.8%; 2 st — at 14.3% and 7.5%; 3 st — at 29.4% and 11.8%, respectively. LVUR was registered more often (80.0%) in children born at 28-33 weeks. All the examined patients had perinatal encephalopathy (PEP); intraventricular hemorrhages — in 60-64%, natal trauma — in 8.5–8.9%. There were no significant differences in the frequency, severity and outcomes of PEP in children with ASD. Intrauterine infections were detected in all examined patients: pneumonia was significantly more common ($p < 0.01$) in the control group (82.2% vs. 67.3%); generalized TORCH infections (11.9% vs. 6.0%), sepsis (4.4% vs. 2.5%), hepatitis (6.1% vs. 2.5%) and meningitis (1.6%, versus 0.3%).

We did not find any differences in the frequency and severity of RDS, but children with ASD more often had the classic form of bronchopulmonary dysplasia (40.9% vs. 33.9%). It was determined that congenital heart defects (11.4% and 6.7%), small anomalies of heart development (24.8% and 7.6%), multiple malformations and anomalies of the central nervous system are registered more often than in the control (1.6% and 0.6% respectively).



Conclusion. It is more often registered in children with ENMT, born at 28-33 weeks of gestation, associated with severe intrauterine infections and the formation of congenital abnormalities of organs and systems.

CHRONIC RENAL FAILURE IN YOUNG CHILDREN

Akbarova R.M.

**Department of Pediatrics of the Faculty of Medicine
Andijan State Medical Institute**

Relevance. The prevalence and etiological structure of CRF in young children corresponds to the average data of the world register of CRF in children with a constant tendency to an increase in morbidity. The main cause of the development of CRF is congenital and hereditary kidney pathology. Awareness of the regional features of CPN in children is necessary to improve nephrological care for children.

Many nephropathies, having started in childhood, continue to progress into adolescence and adulthood. The main task of a nephrologist is the early detection of renal disease and the implementation of measures to prevent or slow its progression, as well as the correction of various disorders (osteodystrophy, anemia, biochemical changes) even before the development of clinical symptoms.

The **Purpose of the study.** To evaluate the etiological structure and frequency of occurrence of CRF in children of the Altai Territory.

Materials and methods of research. The data of the register of children of the Altai Territory with CPN were studied. The diagnosis of CRF was established on the basis of glomerular filtration rate data (less than 60 ml/min/ 1.73 m²), increased blood creatinine and urea levels for more than 3 months.

The results of the study. Currently, 37 patients aged 0 to 17 years are registered in the Altai Territory: 26 (70.3%) boys and 11 (29%) girls. The prevalence of children with CRF in the Andijan region was 6.1 per 100 thousand children. The pre-dialysis stage of CRF was registered in 28 (75.7%) children, the terminal stage — in 9 (24.3%). Patients with end—stage CRF receive renal replacement therapy: 1 — hemodialysis, 1 - peritoneal dialysis, 7 children are observed with a kidney transplant.

It was found that the leading cause of the development of CRF in children of the Altai Territory is congenital and hereditary pathology of the urinary system — in 29 (78.4%) patients. Congenital urological pathology (neuromuscular dysplasia, obstructive uropathies, PMR) — in 15 (40.5%) children. Hypoplasia and dysplasia of the kidneys — in 6 (16.2%); cystic dysplasia — in 4 (10.8%).

Hereditary kidney diseases (Alport syndrome, congenital nephrotic syndrome, Fraser syndrome) — in 4 (10.8%) patients. Among the acquired diseases — primary and secondary



glomerulonephritis — in 8 patients (21%): primary glomerulonephritis in 3 (8.1%); HUS and aGUS in 4 (10.8%).

Conclusion. Children with CRF need long-term supervision by a nephrologist with monitoring of the functional state of the kidneys and the provision of specialized care. Reliable information on the prevalence of CRF is necessary for planning material and technical resources in order to meet the needs of the child population in this type of therapy

MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH CONGENITAL HEART DEFECTS

Akromjonova Xalima Urmonbek kizi

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1

Andijan State Medical Institute

Introduction. Congenital heart defects in pregnant women are a fairly common pathology in the practice of a cardiologist and an obstetrician—gynecologist, which can cause complications at different stages of pregnancy.

The **Purpose of the study:** To conduct a retrospective analysis of the medical histories of women with congenital heart defects examined during pregnancy and childbirth and to develop tactics for managing pregnancy and childbirth, the postpartum period.

Research material and methods: We examined 47 women with congenital heart defects, the control group consisted of 50 healthy maternity patients. For the purpose of early diagnosis of disorders of the pregnant woman's condition, biochemical and immunological blood tests were performed. The examined pregnant women were aged from 19 to 38 years.

The results of the study: The diagnosis of congenital heart disease in 24 women was established during pregnancy, in the rest before pregnancy. According to the nature of the heart defect, pregnant women were distributed as follows: atrial septal defect in 26 (55.3%), ventricular septal defect in 13 (27.6%), open arterial duct in 8 (17.02%). All pregnant women with heart defects had circulatory insufficiency: stage 1 decompensation occurred in 67% of patients, stage II – in 32%. Depending on the state of pressure in the small circulatory circle, patients were divided into 3 groups: 22% of pregnant women with normal pressure in the pulmonary artery system, 63% of pregnant women with I-degree pulmonary hypertension and 17% of pregnant women with II and III stages. When studying the obstetric history, it turned out that in most patients with congenital heart defects, menarche occurred in a timely manner. 16% of pregnant women had a late onset of menstruation, which can be explained by the lag in the sexual development of girls due to the presence of a heart defect. There were 71% of first-time pregnancies, 29% of second-time pregnancies, 83% of first-time pregnancies, 17% of second-time pregnancies. Analysis of the course of pregnancy and childbirth showed that with congenital heart defects, various complications of pregnancy and childbirth are observed. Early toxicosis ($24.35\% \pm 4\%$) and hypertensive pregnancy conditions, respectively ($19\% \pm 3\%$) pregnant women with heart defects were observed 3 times more often than healthy women. Attention is drawn to the high frequency of termination of pregnancy (21%) and intrauterine fetal hypoxia (19%). Various deviations from the normal course of labor in the examined group were observed 3 times more often than in the control group of pregnant women. Thus, rapid



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



and rapid childbirth took place in 16% and 6% of cases, respectively. It should be noted the increased frequency of bleeding in childbirth in patients with congenital heart defects – 23%. The need to facilitate and shorten the period of exile, associated with the severity of the disease, the presence of circulatory insufficiency, caused a high frequency of surgical interventions in childbirth: obstetric forceps were used in 14%, cesarean section in 16% of women.

The total duration of labor in primiparous women with congenital heart defects was 11 ± 0.5 hours, in repeat births - 6 ± 0.4 hours.

Conclusion: The developed therapy helps to normalize the parameters of homeostasis, reduce the degree of oxygen deficiency and increase the adaptation of the body to hypoxia, which determines its effectiveness.

Timely diagnosis and effective treatment reduced the degree of hypoxia and the use of the above therapy led to a decrease in the frequency of complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period.

JUVENILE DYSMENORRHEA: THE USE OF MAGNE B6 IN ORDER TO CORRECT THE CONDITION OF CONNECTIVE TISSUE

Akromjonova Xalima Urmonbek kizi
Department of Obstetrics and Gynecology No. 1

Introduction. Dysmenorrhea in adolescents is a cyclical pelvic pain and a complex of systemic disorders that occur during puberty and are associated with menstruation. It is manifested by acute pain in the lower abdomen, preceding or coinciding with the onset of menstruation, various vegetative-vascular, neurovegetative, metabolic-endocrine, psychoemotional disorders. It is diagnosed by determining the content of sex hormones and magnesium, a diagnostic test with NSAIDs, ultrasound of the pelvic organs. Prostaglandin synthetase inhibitors, progestins, magnesium preparations, COCs are used for treatment in combination with lifestyle correction and physiotherapy.

In most cases, painful menstruation of puberty is associated with the peculiarities of the development of the reproductive system and the formation of mechanisms of its hypothalamic-pituitary regulation

The aim of the study was to study the effect of the therapeutic effect of magne B 6 on the functional state of connective tissue.

Materials and methods of the study: 64 patients with complaints of painful menstruation were examined. All the girls were aged 13-17 years with and without manifestations of connective tissue dysplasia. The control group consisted of 25 girls with normal menstruation.

The results of the study: In the 1st group of girls aged 13-14 years were 11 (36.6%) and 15-16 years 17 (56.6%), 17 years 2 (6.6%), and among the girls of the 2nd group aged 13-14 years



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



were 14 (41.1%) and 15-16 years 16 (47%), 17 years 4 (11.7%). Primary dysmenorrhea of mild degree was detected in 4 (13.3%) girls of group 1, average in 15 (50%), and severe in 11 (36.6%), and in group 2, respectively 16 (47%); 11(32,3%); 7 (20,5%). Thus, in the group of girls with primary dysmenorrhea and the presence of signs of moderate severe connective tissue dysplasia, the number of girls with moderate to severe dysmenorrhea prevailed, and in girls without signs of connective tissue dysplasia, most of the girls had mild to moderate dysmenorrhea.

18 (28.1%) girls in both groups studied at the institute, in the 1st group, girls studying at colleges and lyceums prevailed - 26 (86.6%), most of them residents of rural areas 28 (93.3%). In 26.4% of girls, material and living conditions were assessed from the words of patients as satisfactory, the remaining 73.6% - as unsatisfactory.

At the same time, 52.1% of girls were engaged in study groups in subjects. From the somatic anamnesis of mothers, it was found out that 42.8% had childhood infections, 18.8% had acute respiratory viral infections, 26.4% had tonsillitis, 5.7% had rheumatism, 11.3% had gastrointestinal diseases, 8.5% had viral hepatitis. Appendectomy was carried out by 2.14%, tonsillectomy - 2.8%.

In 83 (59.2%) painful menstruation was with menarche, that is, at the first menstruation, in 38 (27.1%) girls, the severity of dysmenorrhea increased over time, i.e. dysmenorrhea was decompensated, and in 7 (5%) girls, the pain did not disappear even with the use of analgesics. The first child in the family was 9 (10.8%), the second - 24 (28.9%), the third - 29 (34.9%), the fourth - 12 (14.5%) and the fifth - 9 (10.8%). Nevertheless, the formation of dysmenorrhea in girls was influenced by the number of maternal births: in 5.55% of cases, this pathology occurred in children born as a result of the third and fourth births. Thus, among the patients with juvenile dysmenorrhea, almost 62.3% of the girls were from large families.

Conclusion: Thus, DST plays a certain role in the pathogenesis of primary dysmenorrhea, and underestimation of the state of connective tissue leads to an increase in the frequency of relapses of the disease with impaired reproductive function. The main task of drug therapy aimed at strengthening connective tissue is to fill the deficiency of various components involved in the process of collagen synthesis, correction of metabolic disorders, stimulation of collagen formation and stabilization of glycosaminoglycans. Magnesium, normalizing the processes of neuromuscular transmission, stops the manifestations of autonomic dysfunction at various levels. It is believed that this macronutrient indirectly affects the synthesis of collagen through exposure to the highest vegetative center – the hypothalamus.



IMPROVING THE RESULTS OF BLADDER CANCER TREATMENT

Alieva M.

Department of Oncology and Medical Radiology
Andijan State Medical Institute

Relevance. In modern urology, the problem of diagnosis and treatment of superficial bladder cancer remains one of the most urgent. This is due to both the continuing increase in morbidity, especially in industrial areas, and a large number of tumor recurrences.

Recurrent tumors, as a rule, are characterized by a gradual change in the morphological structure of the tumor towards a less differentiated and increased invasion.

Currently, factors affecting the development of bladder tumors are being investigated. Promising is the direction associated with the study of genetic disorders that determine the predisposition to cancer degeneration of the bladder mucosa and cancer progression.

To date, contradictory data have been received on the effect of oncoviruses and infections on the development of proliferative processes in the bladder. The effect of carcinogens on the development of tumors has been proven. However, the mechanisms and conditions for their implementation have not been sufficiently studied

The **Purpose of the study.** Improving the results of the prevention and treatment of superficial bladder cancer by correcting the urodynamics of the lower urinary tract, reducing the concentration of carcinogens and reducing the proliferative activity of the urothelium, using transurethral resection of the bladder and prostate ejelesis.

Material and methods of research. With this goal in mind, a single-center, randomized, open, retrospective, observational, cohort clinical study was conducted in which 80 patients suffering from RMP (Ta, T1 and Tis) who were treated in the urological department of the Andijan AOD in the period from 2020 to 2022 participated.

The results of the study. The concentration of aniline in the preoperative period in patients with bladder cancer was significantly higher than in the comparison group. The concentration of aniline in group 1 was 3.6 ± 41.9 microns/250 ml of urine and about ± 24.9 in group 2. In the postoperative period, there was a significant decrease in the concentration of this substance in the urine in group 1 to 0 ± 1.4 and in group 2 to 0 ± 0.7 microns / 250 ml of urine, respectively. It was found that the level of proliferative activity significantly differed in the studied groups in the preoperative period, the expression of Ki-67 in group 1 was 3.13 ± 13948.4 points and 1.33 ± 13390.6 in group 2. In the postoperative period, there was an increase in Ki-67 expression in group 2 to 2.5 ± 0.64 points, and there were practically no changes in group 1 (3.03 ± 9949.2 points).

Smoking and contact with chemical compounds at home and at work are one of the important ways aniline enters the body of patients, the concentration of aniline increases significantly in the presence of chronic urinary retention. A correlation was established between the concentration of aniline and an increase in the expression of Ki-67 in group 1 in the



preoperative period. While in the postoperative period after the elimination of chronic urinary retention, as the concentration of aniline decreases, the role of the hospital microflora increases, the relationship between the increase in Ki-67 expression and the number of patients infected with hospital strains has been proven.

Chronic urinary retention leads to an increase in the concentration and time of exposure of carcinogens to the urothelium, thereby enhancing the proliferative activity of the urothelium. Surgical treatment aimed at eliminating the causes that provoke the development of chronic urinary retention is accompanied by infection of the urinary tract with hospital strains, followed by the development of inflammation in the postoperative period, increased proliferative activity, and, as a consequence, an increase in the risk of mutations.

Elimination of sources and ways of getting carcinogens into the patient's body and normalization of urodynamics, as well as prevention of infection of the urinary tract with hospital microflora can reduce the negative impact on the urothelium and reduce the level of proliferative activity of the urothelium, which means to reduce the risk of mutations.

Conclusion. The mechanisms of development and recurrence of bladder cancer revealed during the study allow the surgeon not only to remove the tumor, but also to eliminate the causes that led to the development of this disease, reduce the likelihood of recurrence in the postoperative period.

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF PURULENT CORNEAL ULCERS WHILE WEARING SOFT CONTACT LENSES

**Kakharova D.M, Khoshimova. D.Kh, Madaminkhujaeva D.Q
Andijan State Medical Institute.**

Relevance

purulent corneal ulcer - a serious eye disease, which is the outcome of gross corneal scarring with persistent depression of vision and, in extreme cases, loss of an eye as an organ. It proceeds most aggressively against the background of wearing soft contact lenses.

Purpose

Analysis of the results of treatment of purulent corneal ulcers on the background of wearing soft contact lenses.

Material and methods.

Under observation were 11 patients (11 eyes) with a diagnosis of purulent corneal ulcer on the background of soft contact lenses. Patients were admitted on the background of antibacterial treatment, on average, on the 7th day from the onset of the disease (in 3 cases on the 20th



day). Visometry, biomicroscopy, ophthalmoscopy, and bacteriological examination of the corneal surface were performed.

Results

We managed to achieve stable remission in two patients (they took optax, tobradex, phloximed). Against the background of powerful conservative treatment in 9 people, the disease had a continuously recurring course with short periods of remission. Subsequent exacerbations were more severe, with multiple complications: perforation of the cornea, secondary hypertension, complicated cataract; in 2 patients - with lysis of the lens and prolapse of the membranes of the eye. Due to the ineffectiveness of conservative treatment, keratoplasty surgery was advised to nine patients. In 2 patients, cataract extraction was additionally performed. In the long-term period, 7 patients had visual acuity of 0.3-0.4. In 2, an eye enucleation operation was performed.

Conclusions.

A continuously recurring course and subsequent serious complications require the development of special tactics for treating patients with purulent corneal ulcers while wearing soft contact lenses. Most patients were advised to have keratoplasty surgery.

CHARACTERISTICS AND CLINICAL STATUS OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES

Alijonov D.A., Kholmatova G.A.

**Department of hospital therapy and endocrinology
Andijan State Medical Institute**

With untimely diagnosis and the absence of correct pharmacotherapy at the very beginning of the development of complications, DFS progresses rapidly, gangrene of the lower limb develops, which can result in its amputation with subsequent disability of the patient - the most terrible consequence of DFS. According to statistics, up to 90% of patients are hospitalized in surgical hospitals on an emergency basis at the stage of irreversible clinical and morphological changes, about 85-90% of cases end in amputation of the lower limb.

Relevance. The management of patients with DFS requires an integrated approach from many specialists: an orthopedist, a vascular surgeon, a rehabilitation specialist, and others who have extensive experience in the treatment of such patients. It is important to note that the activity of any doctor in the work of patients with SDS is determined by regulatory documentation. The main document that doctors rely on in their professional activities when managing patients with SDS is the Algorithms for Specialized Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus, as well as the International Agreement on the Diabetic Foot, which has been



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



regularly translated into Russian since 2000. These documents are based on international experience in providing care to patients with diabetes and can be used in practical medicine. However, at present there is no single classification of DFS, and, consequently, there is no uniformity in the formulation of the diagnosis by practicing physicians; this is a problem for verifying the stages of DFS when choosing tactics for providing specialized care to these patients.

Purpose of the study. Optimization of prevention and treatment of diabetic foot syndrome in patients with diabetes mellitus in Andijan region.

Material and research methods. Empirical methods included scientific observation, questioning and experiment. The task of scientific observation was to study the effectiveness of conservative methods of treatment in a retrospective analysis of data. During the survey and the experimental stage, the effectiveness and safety of the inclusion of new oral anticoagulants in therapy were studied. The planning and conduct of the experimental part was based on the principles of conducting clinical trials set out in the WHO Declaration of Helsinki, the international rules of "Good Clinical Practice" using special medical methods.

Research results. Detection of diabetic polyneuropathy, incl. by measuring tactile sensitivity with 10 g of monofilament, vibration sensitivity with a 128 Hz graduated tuning fork or biothesiometer (LE: 2A). According to the standards of care, the diagnosis of diabetic polyneuropathy by measuring the speed of conduction of an electrical impulse along the nerve should be carried out in 100% of cases.

When analyzing medical records, it was found that the diagnosis of diabetic neuropathy in patients with DFS was not carried out. Assessment of the state of peripheral innervation based on the determination of tactile sensitivity using 10 g of monofilament and the determination of the threshold of temperature sensitivity and vibration sensitivity using a graduated tuning fork of 128 Hz was also not carried out.

Identification of arterial blood flow disorders, incl. with the determination of the TcPO₂ indicator (partial pressure of oxygen) (level of evidence 2B) and duplex scanning of the arteries of the lower extremities (level of evidence 1A). Duplex scanning of the arteries of the lower extremities and oximetry, according to the standards of care, should be performed in 100% of cases. When analyzing medical records, it was revealed that duplex scanning of the arteries of the lower extremities was performed only in 71 patients (14%), while oximetry was not performed in any patient.

Identification of signs of wound infection using bacteriological examination (level of evidence 1A). Bacteriological examination of purulent discharge should be carried out in 100% of cases. When analyzing medical records, it was revealed that this study was carried out in 111 patients (21.7%).

Conclusions . It has been established that medical prescriptions for patients with diabetes mellitus for the correction of carbohydrate metabolism generally comply with the standards of medical care, however, there is a pronounced pharmacotherapeutic inertness in the treatment regimens. In the insulin group, drugs that mimic stimulated insulin



secretion are present only in 49.5% of cases (short-acting insulins - 95% and analogue insulins - 5%); drugs that mimic basal insulin secretion - 49.3% of cases (intermediate-acting insulins - 88% and long-acting insulins - 12%); mixed insulins - 1.2%. In the PSSP group: sulfonylurea derivatives are prescribed in 72% of cases, biguanides - 22%, DPP-4 inhibitors - 2%, combined PSSPs - 4%. In the structure of isolated pathogens, according to bacteriological seeding of the wound discharge of the feet of patients with SDS-residents of the Andijan region, St.aureus predominates - 32.5% of cases, Enterococcus - 15.5%, St. Epidrmidis - 12%.

THE ORIGIN OF DIABETIC ANKLE SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Alijonov D.A., Kholmatova G.A.

**Department of hospital therapy and endocrinology
Andijan State Medical Institute**

Diabetes mellitus (DM) is one of the leading causes of general morbidity, disability and mortality in the population, including those of working age. The social significance of DM is determined by its complications. Diabetic foot syndrome (DFS) occupies a special place among infectious and inflammatory diseases in patients with DM 2 (DM 2). According to the algorithms of specialized medical care for patients with diabetes, "The diabetic foot syndrome combines pathological changes in the peripheral nervous system, arterial and microcirculatory channels, and the osteoarticular apparatus of the foot, which pose an immediate threat or the development of ulcerative necrotic processes and gangrene of the foot." SDS requires an integrated approach on the part of many specialists, since the lesion of the lower extremities is at the junction of several medical disciplines: therapeutic and surgical.

Relevance. One of the most serious complications of type 2 diabetes from a medical, social and economic point of view is SDS. According to the International Diabetes Federation (IDF) for 2019, there are more than 463 million patients with diabetes mellitus in the world, while type 2 diabetes accounts for up to 90% of cases. According to various sources, 60 million patients worldwide with DM have been diagnosed with DFS. According to the frequency of disability, DM is ranked 3rd after cardiovascular diseases and oncological diseases. In 2015, DM caused the death of 5 million people, which means that one patient dies every 6 seconds.

This complication of type 2 diabetes is also common in our region: the Volgograd region ranks 69th among all regions in the Russian Federation in terms of the prevalence of DFS (73 patients per 10,000 adult patients with type 2 diabetes [13]. The risk group for developing DFS includes the following categories of patients: patients with distal polyneuropathy at the stage of clinical manifestations, persons with peripheral arterial disease of any origin, patients with foot deformities of any origin, blind and visually impaired, patients with diabetic nephropathy and chronic kidney disease (CKD C3-5), lonely and elderly patients who abuse alcohol, smokers.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Purpose of the study. Optimization of prevention and treatment of diabetic foot syndrome in patients with diabetes mellitus in Andijan region.

Material and research methods. Clinical studies will be conducted during the examination and treatment of 60 patients with diabetic foot syndrome who applied to the endocrinology department of the ASMI clinic.

When performing scientific research, empirical, theoretical and mathematical methods were used.

Theoretical methods included the study of literature data on the epidemiology of the disease, the structure of mortality, the role of tissue ischemia in the development of the disease, diagnostic possibilities for early detection of the disease, modern methods of conservative treatment. The methodological basis for the study was the work of foreign and Russian scientists in the field of clinical pharmacology, endocrinology, evidence-based medicine, and medical statistics.

Research results. In clinical practice, when managing patients with DFS, physicians are guided by the CG for the diagnosis and treatment of DFS [15]. These documents help practitioners to make the right decisions regarding medical tactics in certain clinical situations [45]. Based on clinical recommendations, standards for specialized medical care for DM and DFS without critical ischemia/with critical ischemia have been developed [49,51]. In view of the fact that these documents are regulatory legal acts and are obligatory for execution by a medical organization and a doctor, in our work, when analyzing the quality of care for patients with DFS, we focused on these documents.

Some pharmaco-economic aspects of specialized medical care for DM with DFS (without critical ischemia/with critical ischemia) are presented in Appendix E. states of peripheral tactile, vibration and temperature sensitivity, determination of the state of peripheral arterial blood flow. Thus, the diagnosis of SDS should consist of the following components:

Assessment of the state of carbohydrate metabolism (level of evidence 1A). The study of the level of glucose and glycated hemoglobin in the blood of patients with SDS should be carried out in 100% of cases. When analyzing medical records, it was revealed that the assessment of the state of carbohydrate metabolism with the study of the level of pre- and postprandial glycemia at the time of admission and discharge, according to medical records, was carried out in 403 (79%) patients, the study of the level of glycated hemoglobin in the blood of patients with DFS was not carried out.

Conclusions. It was established that in the Andijan region the model of the patient with DFS prevails, it is a man or a woman, 66.3 ± 10.7 years old, with a diabetes experience of 12.6 ± 6.6 years, an unemployed pensioner, with the presence of macroangiopathy (IHD, diseases of the arteries of the lower extremities), with trophic ulcers of the skin of the lower extremities.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



TREATMENT AND SECONDARY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES BY PHARMACOTHERAPY ON A CLINICAL EXAMPLE

Amina Aslamovna Numonova

Student of Medical faculty in Samarkand State Medical University

Relevance of the topic: In 2013, all WHO Member States signed the "Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs (Noncommunicable Diseases) for 2013-2020". This plan aims to reduce the number of premature deaths from NCDs by 25% by 2025. In recent decades, cardiovascular diseases have taken a leading position among deaths from them. According to WHO estimates, 17.9 million people died from CVD in 2016, which accounted for 31% of all deaths in the world. 85% of these deaths occurred as a result of a heart attack and stroke. All patients suffering from CVD and at risk need competent and timely care from specialists.

Purpose of the study: To study on the example of a patient with CVD the treatment of the underlying disease, complications that have already occurred and the prevention of possible complications in the future.

Materials and methods of research: Patient O. 71 years old. She was admitted to the Department of cardiology of the 1st clinic of SamSMU with complaints of pain in the heart, their irradiation to the left, headaches, dizziness, tinnitus, swelling of the legs. The following diagnostic operations were performed: General blood and urine analysis, biochemical blood analysis, ECG, endocrinologist's consult.

Research results: An objective examination: BP 160/100. The tongue is dry, with a white coating. There is soreness in the epigastric and right iliac regions. The patient was found to have a mild degree of anemia (Hb-90), RBC-3.45, CI-0.82, ESR- 25 mm/h. The urine is cloudy, with oxalate salts. According to the results of biochemistry: glucose 7.3 mmol/l, cholesterol 6.8. ECG revealed hypertrophy of the left ventricle. Based on the above data and the patient's medical history, several diagnoses were made. Main: ischemic heart disease, stable angina pectoris FS II. Competing: hypertension II, arterial hypertension II. Risk group III. Complications: CHF IIA (NYHA). Also, the patient has had type 2 diabetes mellitus, diabetic sensory polyneuropathy, angiopathy for many years.

Treatment: Bisoprolol 5 mg 1 tablet per day, Kardiomagnil 75 mg 1 tablet after dinner, Preduktal 80 mg 1 tablet in the morning for a month, Lortenza 100/10 mg 1 tablet in the morning, Rozuvostatin 1 tablet after dinner for a month, Diaglizid 30 mg 1 tablet after meals. Constant monitoring by a therapist, endocrinologist and neurologist. Recommended to have a healthy lifestyle, mobility, light physical training and minimize stress. Exclude fatty foods and light carbohydrates from the diet.

Conclusion: CVD often leads to severe complications, up to a fatal outcome. At the moment, the best solution is actions by WHO and States to promote a healthy lifestyle. For those who already suffer from the disease, pharmacotherapy and diet therapy are recommended.



INFLUENCE OF ETHNIC FACTORS ON SKELETON DEVELOPMENT

Anvarova N.A., Matkomilov J., Ergashev E.

Andijan State Medical Institute

Annotation. The relationship between ethnic factors affecting the development of the human skeleton was established after a series of experiments and experiments to study the composition, functioning, growth and vital activity of bones of different ethnic communities.

This US scientists have found that people of African descent have higher bone density and fewer fractures than Caucasians, while Asians have lower fracture rates despite lower bone density. Ethnic differences are found in mineral metabolism, calcium homeostasis, serum parathyroid hormone concentrations, and in bone mass acquisition and structure.

ethnic groups is a stable group of people that has historically developed in a certain territory.

Ethnic factors - these are factors of large populations connected by common signs and customs.

Human skeleton- a set of bones of the human body, a passive part of the musculoskeletal system.

Physiological features. The purpose of studying ethnic factors. Ethnicity plays an important role in all aspects of mineral metabolism in both healthy individuals and patients with chronic kidney disease. Blacks have a significant advantage in this regard: they have stronger bones and less cardiovascular calcification. Black dialysis patients have fewer hospitalizations for cardiovascular disease, fewer fractures, and lower mortality rates. Limited studies involving both Asian and non-Asian patients suggest differences in bone parameters and fracture rates. At present, there is still no recognized molecular basis for these ethnic differences in mineral and skeletal metabolism, highlighting a major gap in our understanding of bone and vascular disease. our lack of knowledge about optimal treatment according to ethnicity and the need for further research. Research in this area.

Conclusion. The studies described in this review emphasize that “one size does not fit all” and there is a need to understand differences in skeletal phenotype across life stages (e.g., pre and post menopause) and across populations both within and between countries. . Studying the ratio of muscles to bones in ethnic groups is also critical to developing more effective strategies for improving the health and functioning of the musculoskeletal system. Further research is needed to determine how differences in diet, cultural preferences, socioeconomic factors, sunlight exposure, and levels of physical activity affect bone health between ethnic groups.



ASSESSMENT IN MEN AT PRIMARY DIAGNOSIS INITIAL STAGES OF HYPERTENSIVE DISEASE

Artikova S.G.

Department of Propaedeutics of Internal Diseases of the Pediatric Faculty
Andijan State Medical Institute

Relevance. Due to its prevalence and influence on the development of cardiovascular complications, arterial hypertension (AH) is one of the most pressing problems of modern cardiology. Of particular concern is the increase in the incidence of hypertension among young people of working age, while young people represent a difficult group in terms of diagnosing hypertension, which is associated with the nonspecificity of the clinical manifestations of hypertension in young people and the transient nature of the increase in blood pressure (BP) at the beginning of the development of the disease. Hypertension in young people has a number of features, which are believed to be due to the high prevalence of autonomic disorders, hypercatecholaminemia and high-renin humoral profile; however, today there are unresolved problems in diagnosis, and, consequently, treatment and prevention in young patients with increased blood pressure.

Purpose of the study: to determine the value of vascular age and to assess its relationship with the duration of arterial hypertension in young and middle-aged men with initial hypertension.

Material and research methods. At the AGMI clinic, 125 men aged 39.2 ± 6.7 years were examined.

Research results. During the examination according to the classical method, complaints, anamnesis of the disease and life, data of an objective examination were analyzed.

The majority of patients with hypertension had headache in various areas of the head (85%); dizziness, weakness, visual disturbances in isolation were much less common (up to 15%) without significant intragroup differences. There was a tendency to an increase in the frequency of a burdened history of cardiovascular diseases (CVD) and type 2 diabetes in groups from control to patients with long-term hypertension ($p > 0.05$). A similar trend was observed with regular smoking in groups. Qualitative and quantitative signs of alimentary obesity were found significantly more often in comparison with controls in groups I and II (BMI - $p = 0.004$; waist circumference (WT) $p = 0.01$; obesity frequency $\chi^2 = 15.6$, $p = 0.015$). In the office assessment of blood pressure (BP), its systolic and diastolic components (SBP and DBP), as expected, were significantly higher in the groups with AH ($p < 0.001$) compared to controls.

The long course of arterial hypertension, even in the early stages of hypertension, is associated with disorders of carbohydrate and lipid metabolism, impaired renal function, which requires monitoring of these indicators during the initial examination and over time.

High calculated indicators of vascular age have a clear connection with the duration of the course of arterial hypertension in patients, therefore, this integral indicator is quite applicable for assessing the prognosis of the disease in everyday clinical practice.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Conclusions. Vascular age is interrelated with atherosclerotic changes in the cardiovascular system, as well as with fatty degeneration of the liver, which indicates the possibility of using this indicator not only for an isolated assessment of the functional state of the heart and large vessels, but also at the level of the whole organism.

FEATURES OF THE VEGETATIVE REGULATION OF THE HEART RATE OF ARTERIAL HYPERTENSION OF YOUNG AGE

Artikova S.G.

Department of Propaedeutics of Internal Diseases of the Pediatric Faculty
Andijan State Medical Institute

Relevance. Speaking about the latter, it should be noted that in studies devoted to HRV in persons with normal blood pressure, we did not find special indications for the selection of persons with high normal blood pressure, and, accordingly, data on HRV in this category of subjects.

Purpose of the study: comparative study of the features of autonomic regulation of heart rate at the initial stages of AH formation in young people.

Materials and methods. On an outpatient basis, 102 men were examined, who were divided into 3 groups. Group 1 (control) included 32 people (mean age 24.5 ± 3.6 years) with optimal blood pressure ($<120/80$ mm Hg) and normal blood pressure ($120-129 / 80-84$ mm Hg). Group 2 (34 people, average age 27.1 ± 3.0 years) included people with high normal blood pressure ($<130-139 / 85-89$ mm Hg). Group 3 was formed of 36 men (average age 28.4 ± 2.4 years) with grade 1 hypertension ($BP > 140-159 / 90-99$ mm Hg), the inclusion of the subject in one or another group was based on the results of measurements office blood pressure and the study of previous medical records.

Research results. Our results confirm the data according to which the development of hypertension is accompanied by a decrease in HRV (while the answer to the question whether the change in the functional state of regulatory systems with an increase in blood pressure is primary or secondary remains open and the answer to it, obviously, can be obtained only with additional long-term research); at the same time, a number of researchers believe that the development of hypertension is associated with an increase in HRV or not associated with changes in the latter; Probably, such contradictions are associated with the aforementioned ambiguity of HRV indicators and the lack of a common opinion on their interpretation today, as well as differences in methodological approaches to determining HRV, the complexity of the pathogenesis of hypertension and the formation of the contingents of the surveyed.

The increase in the centralization of cardiac control in our study is confirmed by significantly higher values of IU in groups 2 and 3 than in group 1; The absence of a decrease in SDNN in groups 2 and 3 (which would also confirm the thesis of an increase in centralization) is explained, in our opinion, by the insufficient information content of this indicator with a 5-minute recording, which, in our opinion, requires its assessment based on the results of 24-hour monitoring.



The question of whether the increased centralization of heart rate control is a response to developing autonomic imbalance or the latter is a consequence of developing centralization requires further study.

Conclusions. Thus, the development of hypertension is accompanied by changes in HRV, which consist in an increase in sympathetic and a decrease in parasympathetic activity, as well as centralization of heart rate control; these changes begin with the transition from normal to high normal blood pressure.

CORDYCEPIN FOR HEALTH AND WELLNESS: ENHANCEMENT OF CORDYCEPIN PRODUCTION IN CORDYCEPS BY THE INFLUENCE OF DIFFERENT SUBSTRATES WITH ITS THERAPEUTIC POTENTIAL

Ayman Turk 1, Beom Seok Kim 2, Bang Yeon Hwang 1, Mi Kyeong Lee 1, *

1College of Pharmacy, Chungbuk National University, 28160, Cheongju, Republic of Korea;

2C&G Agricultural Association, 30067, Sejong, Republic of Korea

Relevance of the topic: Cordyceps militaris is an extremely rare entomopathogenic fungus that is used extensively in traditional Chinese medicine. It is often found at high elevations on the Himalayan plateau. Many different bioactive components may be found in Cordyceps, however, the one with the most medicinal and nutraceutical promise is cordycepin. Cordyceps is one of the most valuable medicinal mushrooms because of its wide range of health benefits, including those related to diabetes, hyperlipidemia, fungus, inflammation, immunity, aging, cancer, viruses, hepatic protection, sexual dysfunction, heart disease, malaria, osteoporosis, arthritis, and cosmetics.

Purpose of the study: Because it produces a low cordycepin yield, natural *C. militaris* cannot fulfill the market's demand.

Materials and methods of research: Therefore, the optimized condition of Cordyceps cultivation for efficient cordycepin production was explored using six edible insects and medicinal plants as substrates.

Research results: The highest yield of cordycepin was produced by the cultivation on *Allomyrina dichotoma* and was 34 times that on *Bombyx mori* pupae. Among insect components, fat content was found to be important for cordycepin production. Especially, a positive correlation was deduced between oleic acid content and cordycepin production. The transcriptional levels of *cns1* and *cns2*, genes involved in cordycepin biosynthesis, were higher in Cordyceps grown on *A. dichotoma* than on other insects tested. The addition of oleic acid to the substrates increased cordycepin production together with the transcriptional levels of *cns1* and *cns2*. On the other hand, Cordyceps was cultivated on eight distinct medicinal plants (MP) that were combined with brown rice in two differing formulation ratios of 15% and 25%, correspondingly. Cordyceps fermented with 25% *Morus alba* produced the most cordycepin of the eight MP examined, four times more than brown rice, whereas, fermenting Cordyceps using 100% *M. alba* leaves surprisingly increased cordycepin eight times more than brown rice. Moreover, the Adenosine deaminase (ADA) inhibitory activity of the MP extract was



determined by spectrophotometric analysis. *Curcuma longa* and *Saururus chinensis* extracts inhibited ADA activity by greater than 80% followed by *M. alba* with 70% and *Angelicae gigantis* with 60%.

In this study, we performed several biological activities on Cordyceps extract and cordycepin. First, we conducted a virtual screening of cordycepin against the SARS-CoV-2 main protease (Mpro), where cordycepin was found to be the most potential candidate against Mpro. Second, we focused on the inhibition of the TG biosynthesis pathway as one of the strategic methods of obesity therapy. HepG2 cells were treated with the substrate [14C]-glycerol to determine the extent of conversion to [14C]-TG, thereby assessing the inhibition of TG biosynthesis. Preliminary experiments have confirmed that cordycepin reduces the conversion of [14C]-glycerol to [14C]-TG by 28% at the concentration of 30 μ M. Finally, the effect of cordycepin on glucose uptake and GLUT4 translocation in cultured L6-GLUT4myc myotubes was determined. Insulin and metformin increased intracellular glucose uptake by 2.5- and 1.4-fold, respectively, compared to that of the control group. Treatment with 5 μ M cordycepin increased glucose inflow by 1.6-fold compared to that of the control.

Conclusion: Collectively, our findings identify a direct effect of substrates on the production of cordycepin in *C. militaris*, and highlight the biological potential of this molecule to treat several diseases in the near future.

STUDYING THE IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON TREATMENT OUTCOME IN CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE

Ataxanova S.K., Vaxabov B.M.
Department of faculty therapy
Andijan State Medical Institute

Introduction. The new coronavirus infection COVID-19 is characterized by an unpredictable course and a high incidence of severe lung damage with untimely and inadequate therapy.

Purpose of the study. To study risk factors (RFs) for a severe course of a new coronavirus infection COVID-19 in patients with concomitant diseases of the cardiovascular system (coronary heart disease (CHD), arterial hypertension (AH)), treated with an IL-6 inhibitor (tocilizumab).

Material and methods. The study included 60 patients with bilateral viral polysegmental pneumonia caused by SARS-CoV-2 (mainly men - 65%, less often - women, 35%), aged 34-70 years (mean age 49 ± 6.9 and 53 ± 8 , 1 year respectively), hospitalized for treatment in the mono-infectious hospital No. 2 of the Novy Urengoy Central City Hospital. All patients received treatment with tocilizumab at a dose of 400-800 mg according to the severity of the condition. In patients with pneumonia, the degree of lung tissue damage was studied (according to computed tomography (CT): CT-1 (percentage of lesions less than 25%), CT 2 (25-50%), CT-3



(51-75%), CT- 4 (>75%), as well as the frequency and severity of cardiovascular risk factors (CV-FR): hypertension, overweight (overweight) and obesity, carbohydrate metabolism disorders (type 2 diabetes mellitus (DM2), smoking, dyslipidemia (low-density lipoprotein cholesterol more than 2.5 mmol/l), anemia Clinical laboratory, ultrasound and radiation methods were used to establish the diagnosis and complications of COVID-19. Statistical processing of the material was carried out using SPSS 19.0.

Results. Among patients with COVID-19, severe lung damage was observed - pneumonia with CT3 (61.7%) and CT-2 (30.0%) prevailed, less often CT-4 (8.3%). At the same time, CT-4 occurred 2 times more often in women than in men — 14.3% versus 7.7% ($p=0.04$). The SARS-CoV-2 virus was identified in 60% of cases. Mortality among patients was 11.7% and did not differ by sex. The majority of patients with pneumonia had AH (63.3%), CHF (55.0%), obesity (56.7%) and overweight (35.0%), dyslipidemia (48.3%), every third had DM2 (30.0%). Smoking occurred in 7.7% of men and none of the women. In women with CT-2 and CT-3 pneumonia, in comparison with men, such SSFRs as AH of the 2nd-3rd degree predominated - 76.0% versus 53.8%, DM2 - 42.9% versus 23.0% , anemia — 33.3% vs. 7.7% (FR as AH grade 2-3 — 76.0% vs. 53.8%, DM2 — 42.9% vs. 23.0%, anemia — 33.3% versus 7.7% ($p<0.05$).

Conclusions. RFs for the development of cardiovascular complications in patients with COVID-19 are: AH, CHF, obesity, and DM2. In women with viral pneumonia, grade 2–3 hypertension, type 2 diabetes, and anemia lead to a severe course of the disease. Further research is required to identify predictors of poor prognosis in patients with COVID-19.

EFFICACY STUDY OF POST-COVID 19 POST-PANDEMIC ISCHEMIC HEART DISEASE TREATMENT

Vaxabov B.M., Ataxanova S.K.
Department of faculty therapy
Andijan State Medical Institute

Introduction. Novel coronavirus infection (COVID-19) caused a global pandemic in the world. By early June 2021 More than 5 million people fell ill in Russia. Pathological changes in infection are associated with inflammatory wind that could cause damage to not only to lung tissue, but also to generalized disorders, including the cardiovascular system. According to the letter tours, the overall frequency of cardiac arrhythmias (HRDs) in patients ents hospitalized for COVID-19, composition lyayet from 17 to 30% or more in intensive care units.

Purpose of the study. Conduct case history analysis patients with COVID-19 infection complicated by pneumonia niya, to assess the frequency of rhythm disturbances and the risk of remaining new hearts.

Material and methods. 70 case histories were analyzed nor patients with COVID-19 pneumonia post who drank in one of the temporary infectious diseases hospitals Kazan. The data of routine



laboratory methods were studied. noah (general blood test, qualitative and quantitative troponin test) and instrumental (electrocardiography (ECG), echocardiography) diagnostics.

Results. All 70 patients (38 men and 32 women chin) community-acquired pneumonia was diagnosed, caused by SARS-CoV-2, confirmed by poly merase chain reaction. Average age of patients with 31 patients (44%) had tonic disease, ischemic heart disease - 10 (14.2%), diabetes - 8 (11.4%), obesity - 16 (22%). Analysis of ECG data revealed differences nye NRS in 25 (35.7%) patients and violations of conduction sti in 19 (27%) patients. T wave and segment changes ST occurred in 19 (27%) patients, infarct-like changes — in 2 (2.8%). Among LDCs, predominantly observed: supraventricular extrasystole in 6 patients (24%), ventricular extrasystole and fibrillation before heart rate (AF) in 2 patients (8%), respectively. Follow It should be noted that 21 (84%) patients with HRS were diagnosed with first. Of the total number of patients with severe arrhythmias a mild degree of pneumonia was observed in only 2 (8%) patients comrade In 12 (17.1%) patients, prolongation of the QT, and 9 (75%) of them were taking drugs that lengthen this interval (quinidine, amiodarone, sotalol, macrolides, fluoroquinolones, lopinavir), which may contribute to to the occurrence of ectopic activity.

Conclusions. Among the arrhythmias, the most common was over ventricular extrasystole, but we did not notice direct relationship between the severity of pneumonia, the degree respiratory failure and the occurrence of arrhythmias. Therefore, we can assume that LDCs are fussing potassium due to predominantly direct viral damage denia and pro-inflammatory effects of cytokines. Patoge nez LDCs is probably due not only to the emerging with pneumonia by hypoxia, but also by the influence of certain drugs with proarrhythmic effect.

MOLECULAR GENETIC CHARACTERISTICS HEPATITIS B VIRUS ON THE TERRITORY OF SAMARKAND REGION IN THE MODERN PERIOD.

Bakhronov J.J., Muhiddinzoda R.N.
Samarkand State Medical University

Relevance of the topic. Viral hepatitis is a major public health problem worldwide, including Uzbekistan. This is due to their ubiquitous distribution among various population groups, a variety of clinical forms and outcomes.

Purpose of the study. To study the genetic variants of HBV in patients with Chronic hepatitis B in the Samarkand region.

Materials and methods of research. The material of the study is patients with a diagnosis of "Chronic hepatitis B" who applied to the regional infectious diseases clinical hospital of the city of Samarkand and their outpatient cards. Research methods: anamnestic, epidemiological, clinical and laboratory.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Research results. We examined 58 patients diagnosed with chronic viral hepatitis B, who applied on an outpatient basis. The survey group included patients from the districts of the Samarkand region. The patients underwent the following laboratory tests: PCR (quantitative determination of HBV), general clinical tests, ultrasound and liver fibroscanning. The indicators of the general blood test: in the majority (54.7%) of patients, the hemoglobin level was within the normal range, 18.9% had anemia of the second degree, and the rest had anemia of the first degree. Liver parameters: the level of AST and ALT is increased more than twice above the norm in 51%, and in the rest the enzymes are not elevated. All patients were tested positive for HBsAg by ELISA. The results of PCR were as follows: in 10.3% of patients, hepatitis B virus DNA was not detected or the value was below the sensitivity limit of the method (11 ME to 84 ME); in 27.5% of patients from $2.5 + 02$ ME to $9.2 + 02$ ME; 22.4% from $1.16 + 03$ IU to $6.21 + 03$ IU; 20.6% from $2.01 + 04$ to $8.0 + 04$ IU; 13.7% within $1.08 + 05$ IU. It should be noted that in 5.5% of the subjects ($2.17 + 08$ IU) hepatitis B virus DNA was found in concentrations above the linear concentration range. All patients underwent an ultrasound examination of the liver, where in the main (84.5%) the echogram revealed an increase in the echogenicity of the liver and spleen. In parallel, liver elastometry was performed using the Fibroscan apparatus: 1. F0 is the stage of fibrosis (less than 6.2 kPa), there are no pathological changes, according to the results of our studies, F0 was determined in 21.4% of patients. 2. F1 - weak fibrosis (initial stage of fibrosis). The initial stage of fibrosis was noted in 31.1% of patients. 3. F2-moderate fibrosis. (mid-stage fibrosis). This stage of fibrosis was determined in 29.3% of patients. 4. F3-expressed fibrosis in 15.5% of patients. We conducted a study of the virus B genotype in 58% of patients with varying degrees of activity of chronic viral hepatitis B. The results showed that the D genotype was detected in 72.3%, the A genotype in 10.3%, and the genotype was not determined in 17.4%. According to our data, among the observed patients, the predominance of the genotype D.

Conclusion. According to our data, the prevalence of genotype D of the hepatitis B virus was revealed in the Samarkand region, of the other genotypes indicated above, only genotype A was determined.

ADVANTAGE OF USING A TIMER MEDICATION BOX IN ARTERIAL HYPERTENSION PHARMACOTHERAPY IN PATIENTS WITH GOUT

Bektashev I.B. G.I. Kodirova
Department of faculty therapy
Andijan State Medical Institute

The leading cause of death in patients with gout is cardiovascular disease (CVD), caused by atherosclerotic vascular disease.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Based on the analysis of literature data, it was shown that careful monitoring of blood pressure and target organ damage is the basis for preventing the development of CVD and cardiovascular accidents in patients with gout.

Relevance. Violation of renal excretion of urate is a key moment in the development of HU and gout, in connection with this, it is promising to search for drugs with a uricosuric effect. In this regard, of particular interest is the angiotensin II antagonist losartan, which, together with its inactive precursor, allows blocking the reabsorption of secreted sUA in the proximal tubule of the kidney, significantly reducing the level of sUA [3,8] and proving its positive effect on sUA metabolism in large randomized clinical trials. research (B. Dahlof, 2002; SS. Daskalopoulouetal., 2004). Literature data on the effect of ACE inhibitors - enalapril and lisinopril on the level of sUA are contradictory. So, in the study by M. DeRosa (2002) an increase in the serum concentration of uric acid in patients with arterial hypertension during long-term therapy with enalapril was reported. important for practical the doctor is the answer to the question of how these drugs have properties similar to losartan. Of interest is the use of a new drug urisan for the treatment of gout, which includes plant components with uricosuric and anti-inflammatory effects. Some studies recommend long-term use of urisan in the treatment of patients with gout [1,5].

The literature available to us presents only a few data on the rational use of drugs that have a significant antihypertensive effect and have a beneficial effect on UA metabolism in patients with gout and asymptomatic HU. Of interest is the comparative evaluation of the effectiveness of the use of the antihypertensive agent losartan and its combination with urisan in patients with gout and HU against the background of hypertension.

Purpose of the study. To assess the relationship of HU with the features of the daily BP profile in patients with gout and asymptomatic hyperuricemia (BHU) in combination with AH. Materials and research methods. The study included patients aged 41 to 70 years (mean age 57.6 ± 6.34 years), including 31 men (52%) and 29 women (48%). All patients underwent a general clinical examination with an assessment of anthropometric parameters: height, weight, BMI, waist circumference (WC), hip circumference (CB), WC/TR ratio. Determination of the degree of obesity was assessed according to the WHO criteria (1997). A biochemical blood test was performed to determine total cholesterol (CH), HDL cholesterol, LDL cholesterol, triglycerides (TG), atherogenic index (AI), urea, creatinine, blood uric acid (UA), RF, CRP. General blood and urine tests were assessed with daily excretion of UA in the urine, fasting blood sugar. Instrumental examination included: electrocardiography (ECG), echocardiography (ECHO CG), ambulatory blood pressure monitoring (ABPM), renal ultrasound. The levels of OH and TG were taken as the norm of indicators - 5.0 and 1.7 mmol/l, respectively. All patients were divided into two groups: group I (n = 30) consisted of patients with gout, group II (n = 30) - with BGU in combination with AH of I-III degree. According to the criteria of the European Antirheumatic League, the level of sUA in the blood <360 mmol/L is considered normal. The diagnosis of gout was made according to the criteria of S.L. Wallace [13]. Accounting for the number of attacks was carried out anamnestically and according to the



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



medical record. Diagnosis and correction of lipid metabolism disorders for the purpose of prevention and treatment of atherosclerosis was assessed in accordance with the recommendations of experts of the All-Russian Scientific Society of Cardiology (VNOK 2004). Exclusion criteria from the study: severe tophi gout, secondary arterial hypertension, history of cardiovascular events, arrhythmias, diabetes mellitus, severe concomitant diseases of the gastrointestinal tract, liver, kidneys, severe heart failure, oncological history.

Research results. The results obtained during the study showed the existence of relationships between HU and obesity, impaired lipoprotein metabolism (increased levels of TC, LDL, hypertriglyceridemia), as well as hypertension and damage to target organs. In patients with gout and BGU, the prognostic value of AH becomes especially unfavorable due to the high frequency of concomitant metabolic disorders. In our study, a violation of lipoprotein metabolism was detected in 93% of patients with gout and 90% with BGU, and a combination of hypertriglyceridemia and HU in people with abdominal obesity with gout in 45%, with BGU in 22% of patients. The relationship between urate dysmetabolism and obesity, primarily abdominal, is confirmed by a number of population-based studies indicating a significant incidence of BHU in overweight and obese individuals. It is known that in such patients the probability of target organ damage is especially high (LVH, hypercreatininemia, microalbuminemia, an increase in the thickness of the intima-media of the carotid arteries).

Analysis of the data of our study indicates a combination of hyperuricemia with a more pronounced increase in blood pressure. In patients with gout and BSU, stage II prevailed. (53 and 57%) and I st. AH (37 and 30%) with a predominance of unfavorable characteristics of the 24-hour BP profile such as insufficient reduction in blood pressure at night and nocturnal hypertension ("non-dippers" and "night-pickers"). A number of studies have shown that in patients with HU, changes in the diurnal BP profile were characterized by a trend towards a decrease in the degree of nocturnal DBP decrease and inversion of the diurnal DBP rhythm, as well as an increase in nocturnal BP variability.

In connection with the foregoing, the correction of UA metabolism disorders against the background of hypertension should be considered among the priority measures of primary and secondary prevention, including, first of all, the impact on lifestyle characteristics - limiting foods containing a large amount of purine bases, refusing to take alcohol and prescribing adequate antihyperuricemic and antihypertensive therapy in patients with gout, and with asymptomatic hyperuricemia.

Conclusion. In patients with gout, changes in the circadian BP profile were characterized by a statistically significantly more pronounced decrease in the degree of nocturnal decline and inversion of the circadian rhythm of SBP and DBP.



ARTERIAL HYPERTENSION PHARMACOTHERAPY IN GOUT PATIENTS TIMER MEDICINE BOX FEATURES

Bektashev I.B., Kadirova G.I., Tashtemirova I.M.

**Department of faculty therapy
Andijan State Medical Institute**

The leading cause of death in patients with gout is cardiovascular disease (CVD), caused by atherosclerotic vascular disease.

Based on the analysis of literature data, it was shown that careful monitoring of blood pressure and target organ damage is the basis for preventing the development of CVD and cardiovascular accidents in patients with gout.

Relevance. Gout is a systemic tophi disease characterized by the deposition of sodium monourate in various tissues and inflammation developing in connection with this in persons with hyperuricemia (HU) caused by environmental and/or genetic factors. The incidence of gout has increased several times over the past decades and continues to rise steadily.

Traditionally, HU has been associated with an increased risk of gouty arthritis, urate tophi, and nephrolithiasis. Some recent studies have shown that HU is a risk factor for cardiovascular disease. A high level of uric acid (UA) increases the risk of occurrence and progression of arterial hypertension (AH), which occurs in patients with gout up to 36%-72%. HU is closely associated with an increase in the atherogenic components of the cholesterol profile - hypertriglyceridemia and a decrease in HDL levels.

The requirements for antihypertensive drugs used in hypertension in combination with gout are as follows: prolonged action, protection of target organs, metabolic neutrality. In addition to high antihypertensive efficacy and a favorable effect on the characteristics of the circadian rhythm of blood pressure and heart rate, the drug should not increase the level of uric acid and atherogenic components of the cholesterol profile. However, the effect of various antihypertensive drugs on lipid, carbohydrate and purine metabolism is different.

Purpose of the study. To assess the relationship of HU with the features of the daily BP profile in patients with gout and asymptomatic hyperuricemia (BHU) in combination with AH.

Materials and research methods. The study included patients aged 41 to 70 years (mean age 57.6 ± 6.34 years), including 31 men (52%) and 29 women (48%). All patients underwent a general clinical examination with an assessment of anthropometric parameters: height, weight, BMI, waist circumference (WC), hip circumference (CB), WC/TR ratio. Determination of the degree of obesity was assessed according to the WHO criteria (1997). A biochemical blood test was performed to determine total cholesterol (CH), HDL cholesterol, LDL cholesterol, triglycerides (TG), atherogenic index (AI), urea, creatinine, blood uric acid (UA), RF, CRP. General blood and urine tests were assessed with daily excretion of UA in the urine, fasting blood sugar. Instrumental examination included: electrocardiography (ECG), echocardiography



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



(ECHO CG), ambulatory blood pressure monitoring (ABPM), renal ultrasound. The levels of OH and TG were taken as the norm of indicators - 5.0 and 1.7 mmol/l, respectively.

All patients were divided into two groups: group I (n = 30) consisted of patients with gout, group II (n = 30) - with BGU in combination with AH of I–III degree. According to the criteria of the European Antirheumatic League, the level of sUA in the blood <360 mmol/L is considered normal. The diagnosis of gout was made according to the criteria of S.L. Wallace [13]. Accounting for the number of attacks was carried out anamnestically and according to the medical record. Diagnosis and correction of lipid metabolism disorders for the purpose of prevention and treatment of atherosclerosis was assessed in accordance with the recommendations of experts of the All-Russian Scientific Society of Cardiology (VNOK 2004). Exclusion criteria from the study: severe tophi gout, secondary arterial hypertension, history of cardiovascular events, arrhythmias, diabetes mellitus, severe concomitant diseases of the gastrointestinal tract, liver, kidneys, severe heart failure, oncological history.

Results of the study. The obtained results were statistically processed using descriptive statistics methods with the calculation of the arithmetic mean (M) and standard deviation (SD). Comparison of clinical data was carried out using (χ^2), correlation analysis according to the Spearman method. Nonparametric methods were used - the Wilcoxon and Mann-Whitney test. The level of statistically significant significance was taken at $p < 0.05$.

Among patients with gout, men predominated (87%), while women with BGU predominated (83%). The average duration of gout disease was 5.29 ± 2.37 years, with an average rate of arthritis exacerbations of 3 (from 1 to 4) attacks per year. The relapsing course of the disease prevailed in 18 people (60%), the chronic course was in 12 people (40%). The number of affected joints was 4 (from 3 to 6), 20% of patients had intradermal and subcutaneous tophi. At the time of the study, the patients were in the interictal period (more than two weeks after the relief of arthritis) and had not previously taken antihyperuricemic drugs. In patients of group II, 93% had osteoarthritis.

The analysis of anthropometric data showed that half of the patients with gout and 30% with BGU were overweight, 33% each - stage I, 17 and 27% - stage II. and only with BGU 10% of patients - III st. abdominal obesity. The ratio OT/OB was 1.62 ± 0.25 , and 1.8 ± 0.21 in patients of groups I and II, which is statistically significantly higher than normal values ($p < 0.01$).

Conclusion. In patients with gout and asymptomatic hyperuricemia in combination with arterial hypertension, direct correlations with obesity, lipid metabolism disorders, and target organ damage were revealed.



PRACTICAL SIGNIFICANCE OF USING THE TIMER MEDICAL KIT IN ARTERIAL HYPERTENSION PHARMACOTHERAPY IN GOUT PATIENTS

Bektashev I.B., Kodirova G.I., Vaxobov B.M.
Andijan State Medical Institute

The leading cause of death in patients with gout is cardiovascular disease (CVD), caused by atherosclerotic vascular disease.

Based on the analysis of literature data, it was shown that careful monitoring of blood pressure and target organ damage is the basis for preventing the development of CVD and cardiovascular accidents in patients with gout.

Relevance. The All-Russian Society of Cardiology, first-line drugs for the correction of arterial hypertension in people with metabolic disorders are ACE inhibitors, angiotensin II receptor antagonists, prolonged calcium antagonists. Emphasis is placed on the undesirable use of diuretics and (3-blockers) in this category of patients. Thus, diuretics are able to block the release of UA, causing or enhancing the existing HU, and in patients with chronic renal failure, they also increase the reabsorption of urates in the renal tubules.

In recent years, urate tubulointerstitial nephritis has been described - a disease, the only manifestation of which may be the development of hypertension [7].

The problem of the relationship between gout, HU, AH, dyslipidemia, and kidney damage is becoming increasingly relevant due to the fact that such comorbid diseases often occur in real clinical practice.

In recent years, it has become apparent that the effect of antihypertensive drugs on the level of sUA is an important factor in their differentiated use, especially in such "problem" patients.

Violation of renal excretion of urate is a key moment in the development of HU and gout, in connection with this, it is promising to search for drugs with a uricosuric effect. In this regard, of particular interest is the angiotensin II antagonist losartan, which, together with its inactive precursor, allows blocking the reabsorption of secreted sUA in the proximal tubule of the kidney, significantly reducing the level of sUA [3,8] and proving its positive effect on sUA metabolism in large randomized clinical trials. research (B. Dahlof, 2002; SS. Daskalopoulouetal., 2004). Literature data on the effect of ACE inhibitors - enalapril and lisinopril on the level of sUA are contradictory. So, in the study by M. DeRosa (2002) an increase in the serum concentration of uric acid in patients with arterial hypertension during long-term therapy with enalapril was reported. Important for a practitioner is the answer to the question of how these drugs have properties similar to losartan.

Purpose of the study. To assess the relationship of HU with the features of the daily BP profile in patients with gout and asymptomatic hyperuricemia (BHU) in combination with AH.

Materials and research methods. The study included patients aged 41 to 70 years (mean age 57.6 ± 6.34 years), including 31 men (52%) and 29 women (48%). All patients underwent a general clinical examination with an assessment of anthropometric parameters: height, weight,



BMI, waist circumference (WC), hip circumference (CB), WC/TR ratio. Determination of the degree of obesity was assessed according to the WHO criteria (1997). A biochemical blood test was performed to determine total cholesterol (CH), HDL cholesterol, LDL cholesterol, triglycerides (TG), atherogenic index (AI), urea, creatinine, blood uric acid (UA), RF, CRP. General blood and urine tests were assessed with daily excretion of UA in the urine, fasting blood sugar. Instrumental examination included: electrocardiography (ECG), echocardiography (ECHO CG), ambulatory blood pressure monitoring (ABPM), renal ultrasound. The levels of OH and TG were taken as the norm of indicators - 5.0 and 1.7 mmol/l, respectively.

All patients were divided into two groups: group I (n = 30) consisted of patients with gout, group II (n = 30) - with BGU in combination with AH of I–III degree. According to the criteria of the European Antirheumatic League, the level of sUA in the blood <360 mmol/L is considered normal. The diagnosis of gout was made according to the criteria of S.L. Wallace [13]. Accounting for the number of attacks was carried out anamnestically and according to the medical record. Diagnosis and correction of lipid metabolism disorders for the purpose of prevention and treatment of atherosclerosis was assessed in accordance with the recommendations of experts of the All-Russian Scientific Society of Cardiology (VNOK 2004). Exclusion criteria from the study: severe tophi gout, secondary arterial hypertension, history of cardiovascular events, arrhythmias, diabetes mellitus, severe concomitant diseases of the gastrointestinal tract, liver, kidneys, severe heart failure, oncological history.

Research results. Changes in the lipid profile were found in the vast majority of patients in both groups, and in patients with gout, the indicators were significantly worse. Almost half of the patients had an increase in the level of total cholesterol (mean 6.27 ± 1.3 and 6.01 ± 0.86 mmol/l), LDL cholesterol (mean 3.65 ± 1.09 and 3.61 ± 0.58 mmol/l), TG (mean 1.69 ± 1.42 and 1.56 ± 0.6 mmol/l), AI (mean 4.39 ± 1.68 and 3.74 ± 1.32 U) in patients of groups I and II, respectively. Only in 7% of patients of group I and 10% of patients of group II, lipid metabolism was within the normal range. The duration of gout in patients with normal lipid profile was significantly less (3.4 ± 2.1 years). The IA coefficient was elevated in 24 (80%) and 20 (67%) patients of groups I and II, respectively. Patients of group I had a significantly higher blood UA level of 503.28 ± 68.08 mmol/l versus 432.5 ± 62.03 mmol/l ($p < 0.01$) and creatinine level of 102.67 ± 29.96 mmol/l I versus 89.26 ± 14.6 mmol/l in BSU. The results of Spearman's correlation dependence of the level of UA in the blood with clinical and laboratory parameters reflecting the relationship of metabolic disorders in gout and BGU showed a direct correlation between the value of GU and indicators reflecting the degree of obesity (BMI $r=0.32$, WC/OB $r=0.29$), ($p < 0.01$). In addition, the concentration of UA in the blood statistically significantly directly correlated with indicators of the atherogenic profile (total cholesterol $r=0.32$, LDL $r=0.37$ at ($p < 0.01$), as well as with the level of triglyceridemia $r=0.35$ ($p < 0.05$.) There was a low correlation between the level of sUA with HDL and indicators mean SBP and DBP 24, LV BMI.

Conclusion. Hyperuricemia in these categories of patients was combined with a more pronounced increase in blood pressure and the predominance of adverse changes in the daily blood pressure profile of the non-dipper and night-picker types.



CHARACTERISTICS AND CHARACTERISTICS OF HOMEOSTASIS OF VITAMINS B12 AND D IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES WITH TUBERCULOSIS

Bektashev G. M., Kholmatova G.A.

**Department of Hospital Therapy and Endocrinology
Andijan State Medical Institute**

Diabetes and tuberculosis are among the world's deadliest epidemics. People suffer from diabetes and are susceptible to tuberculosis. As you know, diabetes inhibits the immunological response, which contributes to the development of infectious diseases, including infection with *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberculosis is the third cause of death among subjects with noninfectious diseases, and non-communicable diseases among diabetes mellitus is one of the most important. The connection between diabetes mellitus and tuberculosis have already been the subject of many studies, but at the same time, the connection between these two diseases remains unclear.

Objective: was to study the features of homeostasis of vitamin B12 and vitamin D deficiency in patients with type 2 diabetes mellitus (DM 2) associated with tuberculosis.

Methods. We observed 48 patients who were divided into 2 groups: group 1 - patients with type 2 diabetes associated with tuberculosis, who made up the main group (n= 42), group 2 - a control group, represented by patients with tuberculosis (n = 12).

Research methods included general clinical, biochemical (glucose, glycated hemoglobin, coagulogram, lipid spectrum, etc.), hormonal (insulin, C-peptide) blood and urine tests. In patients of both groups, the content of vitamin B12 and vitamin D was studied. Instrumental studies included ECG, Doppler ultrasonography of the great vessels, ultrasound of internal organs, and X-ray studies.

Results. The first group consisted of 17 men and 19 women, whose average age was $54.4 \pm 2.2 / 55.5 \pm 1.7$ (m / f), respectively. The duration of diabetes in men was within 6.8 ± 1.4 years, and in women, 4.6 ± 0.7 years. The duration of tuberculosis in men was 1.8 ± 0.3 years, and in women 1.9 ± 0.2 years. The average HbA1 C content was within $8.9 \pm 0.50 / 9.9 \pm 0.51$, and glucose $10.6 \pm 0.61 / 15.0 \pm 0.82$ nmol / L in patients of group 1. The average insulin level was $11.3 \pm 2.09 / 11.7 \pm 2.2$ pg / ml, and vit B12 $403 \pm 33.7 / 407 \pm 45.7$ (normal 193-982 pg / ml, average 450 pg / ml), the content of Vit D was in the range of $13.1 \pm 2.1 / 11.1 \pm 3.08$ ng / ml, respectively (normal range from 30-100 ng / ml).

The second group consisted of 9 men and 3 women, the average age was $49.5 \pm 5.2 / 45.0 \pm 8.0$ years. The duration of tuberculosis in this group was $1.8 \pm 0.4 / 1.0 \pm 0.2$ years. The average content of HbA1 C was within $4.1 \pm 0.2 / 4.9 \pm 0.7$, and glucose was $5.1 \pm 0.1 / 5.8 \pm 0.4$ nmol / L in patients of group 1. The average insulin level was $9.6 \pm 1.9 / 16.3 \pm 1.3$ pg / ml, and vit B12 $376.7 \pm 91.1 / 402.0 \pm 13.3$ (normal 193-982 pg / ml, on average 450 pg / ml), the content of Vit D was in the range of $14.5 \pm 1.4 / 11.6 \pm 1.7$ ng / ml, respectively (normal from 30-100 ng / ml).



Conclusion: In both groups of patients, the average content of vitamin D in the blood was significantly reduced ($p < 0.001$), while the average levels of vitamin B12 in both groups were within the normal range, remaining below the average normal values.

PECULIARITIES OF THE COURSE AND TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PURULENT-DESTRUCTIVE LUNG DISEASES AFTER COVID-19

Sh.A. Bobokulova T.Sh Atajonov

**Assistant of the Department of General and Pediatric Surgery, Tashkent Medical Academy,
Tashkent, Uzbekistan**

AIM: Among patients with acute purulent-destructive lung diseases (APDLD), the most severe in terms of course and prognosis are patients with abscesses and gangrene of the lungs. An important role in high mortality is played by progressive endotoxemia, which causes the development of multiple organ and multisystem failure. At the same time, the traditional conservative treatment of APDLD is ineffective and often ends in death.

MATERIAL AND METHODS: From 2019 to 2023 In the Republican Center for Purulent Surgery of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, 265 patients with acute abscesses and gangrene of the lungs were treated, in which we used various methods of treatment depending on the age, severity of the patient's condition, the course and localization of the suppurative process.

In 89 (33.6%), the disease was complicated by pleural empyema or pyopneumothorax. Gangrenous abscesses and gangrene of the lungs were present in 84 (31.7%) patients: widespread gangrene - in 9, limited gangrene (gangrenous abscess) - in 75. The overall mortality in the group of patients with APDLD was 8.3% (22 patients died): among the dead, 14 had pleural empyema and pyopneumothorax, and 8 had gangrene and gangrenous abscesses (1 of them after lung resection due to pulmonary hemorrhage).

RESULTS AND DISCUSSION: Diagnosis of APDLD was based on the data of clinical, laboratory and microbiological studies, on the results of polypositional X-ray examination, fiberoptic bronchoscopy. Computed tomography and abscessography (transthoracic injection of water-soluble X-ray contrast preparations into the destruction cavity) were used to clarify the phase of formation of foci of destruction and to identify pulmonary sequestrations. When choosing a treatment method, we considered the severity of the disease (Marchuk indices, Kitamura SL index, SAPS, Glazko scale), the nature of the pathological process and its localization (peripheral and central location of the decay site, the presence or absence of a breakthrough into the pleural cavity), and the sensitivity of the flora to antibiotics. Microtracheostomy is indicated for well drained pulmonary abscesses of any location. This method was used in 23 (8.6%) patients. 13 patients (56.5%) recovered completely, 9 patients (39.1%) were discharged with dry residual cavities, 1 patient (4.3%) was operated on due to pulmonary bleeding. In this group of 33



patients, 17 (51.5%) recovered, 11 (33.3%) had dry cavities, 2 (6.1%) died, 3 (9.1%) patients underwent radical surgery.

The intra-arterial method of drug administration has several advantages over others because it makes it possible to deliver the drug to the affected organ in a short time and in a higher concentration.

To achieve the maximum concentration of administered drugs in the focus of inflammation, 78 (29.4%) patients, upon admission to the hospital, underwent angiographic transfemoral access to install an intraarterial catheter at the orifice of the bronchial artery (with a unilateral process) or the aortic arch (with a bilateral process) with a long-term intra-arterial catheter therapy for 4–6 days. Indications for closed macrodrainage were intense pyopneumothorax, the presence of more than 200–300 ml of thick pus, severe intoxication, and the ineffectiveness of microthoracocinthesis within 2–3 days. Continuous irrigation of the pleural cavity with ozonized 0.9% sodium chloride solution is possible only in the absence of a bronchopleural fistula. Out of 59 (84.3%) patients who underwent closed drainage with active aspiration, clinical recovery was achieved in 52 (88.1%).

Indications for lung resection in acute abscesses are massive bleeding that is not amenable to conservative measures (including acute embolization of the bronchial artery on the affected side and paralon obstruction of the regional bronchial segment), treatment failure for more than 2 months, i.e. almost in the chronic stage.

CONCLUSIONS: 1. Treatment of APDLD should be differentiated and complex. 2. An effective treatment for APDLD is the local use of high doses of antibacterial drugs through longterm selective intra-arterial catheter therapy. 3. In case of pleural complications of APDLD, the indications for drainage should be expanded:- microdrainage of the pleural cavity is effective for limited, non-tense pyopneumothoraxes and pleuralempyemas containing odorless liquid pus, with a tendency to cleanse and reduce the purulent cavity;- indications for closed macrodrainage are intense pyopneumothorax, the presence of more than 200-300 ml of thick pus, intoxication; 4. Lung resection in acute abscesses cannot be considered justified and is permissible only for special indications (bleeding, ineffectiveness of all non-operative methods of treatment for more than 2 months).

COMPLEX TREATMENT OF COMPUTER VISUAL SYNDROME IN SCHOOLCHILDREN

Kakharova D.M, Xoshimova D.X, Madaminkhuzhaeva D.Q
Andijan State Medical Institute.

Relevance

General computerization of recent years has brought new challenges. One of them is computer visual syndrome (GLC).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Purpose

The purpose of our study was to study the various manifestations of CVD in adolescent children and to develop a protocol for prevention and treatment.

Materials and methods.

Under our dynamic supervision, there were 60 patients aged 12-14 years who spend more than 4 hours behind monitor screens. All patients underwent standard ophthalmologic examination, including visometry, skioscopy, biomicroscopy, ophthalmoscopy, autorefractometry. Also consider complaints of patients surveyed reserve accommodation, a study of the tear film stability

Results

After analyzing the data from the above studies, we found that 2/3 of children (39 people) complained of visual fatigue in the evening, pain and dryness in the eyes, their redness. Signs of instability of the tear film were observed in 11 patients, 46 of them had myopia or accommodation spasm.

We have developed a protocol for the prevention of GLC:

1. Identification and adequate correction of refractive errors.
2. Compliance with the rational regime of visual load.
3. Stimulation of disaccomodative muscles with drugs.
4. Tear replacement therapy.
5. Vitamin therapy and antioxidant therapy.

Conclusions

Thus, the treatment of GLC should certainly be comprehensive and include all of the above activities.

PATHOMORPHOLOGICAL INDICATORS OF MYOCARDIAL DAMAGE IN COVID – 19

Bustonov Sh.Yo.

Department of GP 2

Andijan State Medical Institute

Relevance. COVID 19 (COronaVirus Disease 2019) is a viral infectious disease caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 - SARS-CoV-2) with a mortality rate of 3-7%.

The disease has a 7-14-day incubation period, more often manifested in males with reduced body reserves (age, comorbidity). The disease has a heterogeneous clinical course, depends on



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



the severity of the systemic process, the endotype and/or combination of endotypes of the generalized response to the **Introduction** of the virus (hyperinflammation, coagulation disorder, immunosuppression) and on the extent of damage to the vascular endothelium and epithelial tissues.

The **Purpose of the study.** Based on these studies, provide up-to-date information on the frequency, main variants and prognostic significance of cardiovascular complications of coronavirus infection caused by SARS-COV-2.

Materials and methods of research. To fulfill the task assigned to us, we selected 65 patients who applied to the ASMI clinic with heart diseases after a coronavirus infection and underwent treatment.

The results of the study. With COVID-19, it is proposed to use two definitions of myocardial damage: expanded and abbreviated. In the first case, myocardial damage is defined as one or more of the following signs:

- the content of sTp in the blood exceeding the 99th percentile of the upper limit of the reference values;
- new changes on the electrocardiogram (ECG) - supraventricular tachycardia, ventricular tachycardia, atrial fibrillation, ventricular fibrillation, blockage of the legs of the Gis bundle, elevation/depression of segment 8T, flattening/inversion of the T wave, prolongation of the CT interval;
- new echocardiographic (EchoCG) changes - a decrease in the ejection fraction of the left ventricle (LVL < 50%) or a further decrease in LVL for patients with LVL < 50%, disorders of general or segmental contractility, pericardial effusion, pulmonary hypertension.

Applying the abbreviated definition of myocardial damage, they are limited only to the statement of the level of sTp in the blood exceeding the 99th percentile of the upper limit of the reference values, regardless of changes in ECG and EchoCG

When using the expanded definition, signs of myocardial damage were detected in 12-17% of all hospitalized COVID-19 patients and in 31% of patients in the ICU. According to other data, myocardial damage diagnosed only by the level of sTp is characteristic of 19.7% of COVID-19 patients receiving inpatient treatment.

The pathological level of sTp I (> 28 ng/l when using a highly sensitive determination technique) in ICU patients is detected almost 8 times more often than in other clinical observations. In deceased patients, the content of sTp I is on average 10 times higher than in discharged patients.

Conclusion. Even a slight but persistent increase in the level of highly sensitive troponin I and the enzyme NT-PBBNP can serve as a warning signal about myocardial damage associated with direct viral effects on cardiomyocytes or with cardiomyopathy or infarction that occurred during the generalized response of the body and the course of CO-19-associated pathological processes. The greatest danger is the rhythm and conduction disturbances that occur when the heart is damaged, which can be harbingers of sudden death.



CLINICAL AND MORPHOLOGICAL INDICATORS OF MYOCARDIAL DAMAGE IN COVID – 19

Bustonov Sh.Yo.

Department of GP 2

Andijan State Medical Institute

Relevance. The new coronavirus, dubbed SARS-CoV-2, has spread rapidly in the human population. Although the main manifestation of the disease is the defeat of the respiratory system, cardiovascular complications also often develop.

Adverse cardiovascular complications such as myocarditis, acute myocardial infarction and heart failure have been reported in patients with COVID-19. It should also be noted that patients with chronic cardiovascular diseases have a worse prognosis for the course and outcomes of the disease. Currently, there are no established methods of diagnosis and treatment of lesions of the cardiovascular system.

This paper discusses some aspects of the pathophysiology, diagnosis and treatment of myocardial lesions in patients with COVID-19.

The **Purpose of the study.** Based on these studies, provide up-to-date information on the frequency, main variants and prognostic significance of cardiovascular complications of coronavirus infection caused by SARS-COV-2.

Materials and methods of research. To fulfill the task assigned to us, we selected 65 patients who applied to the ASMI clinic with heart diseases after a coronavirus infection and underwent treatment.

The results of the study. Patients with myocardial injury are older than others, have greater comorbidity, more pronounced leukocytosis and B-dimer concentration, hyperfermentemia and other clinical and laboratory changes. They are characterized by a significantly higher ($p < 0.001$) mortality: 51.2-59.6% versus 4.5-8.8% in patients without an increase in sTp I or sTp T. It is shown that the frequency of acute myocardial injury in deceased patients is 59%, and in survivors - 1%; $p < 0.0001$. The level of sTp I > 28 ng/l is a predictor of mortality in COVID-19: OR 4.26; 95% CI 1.95-9.49 ($p < 0.001$).

The pathogenesis of myocardial damage in COVID-19 is complex. Several mechanisms are discussed: direct myocardial damage mediated by the interaction of the SARS-COV-2 virus with myocardial APF2 receptors, and viral myocarditis, damage to the heart muscle by cytokines and other pro-inflammatory factors, microcirculation disorders and endothelial dysfunction in the coronary bed, and finally, hypoxic changes in cardiomyocytes.

Inflammatory changes and fibrosis have been described in the myocardium of patients who died from COVID-19, but there is no direct evidence of the presence of viral ribonucleic acid (RNA) in cardio-myocytes to date. At the same time, in a similar clinical situation in patients who died from severe acute respiratory syndrome, evidence of the interaction of the SARS-COV-2 virus with myocardial APF2 receptors was obtained, and RNA of this virus was detected in the myocardium.

If the myocardium was "SARS-COV-2-positive", the morphological signs of its damage were much more pronounced, and the life expectancy of patients in the hospital was shorter than with "SARS-COV-2-negative" biopsies.

The high probability and severity of myocarditis in COVID-19 are beyond doubt. Moreover, HF, objective signs of severe inflammatory damage to the heart muscle (thickening of the walls, hypokinesis, etc.) and pericarditis may be the main symptoms of COVID-19. It is reported that myocarditis and HF account for up to 7% of the total mortality from COVID-19.

Heart failure. Data on the frequency, severity and clinical significance of HF in COVID-19 are sufficiently limited. The total frequency of HF reaches 23%, and if it is 12% in survivors, it increases to 57% in the deceased ($p < 0.0001$).

Conclusion. In the conditions of the existing threat of a pandemic of a new coronavirus disease, patients with initial cardiovascular pathology represent a special risk group with high rates of adverse outcomes. Complications from the CCC significantly worsen the severity of the course of SDS-19, are closely related to the development of multiple organ dysfunctions and are the main cause of adverse outcomes.

PHARMACOEPIDEMOLOGICAL ANALYSIS OF ROUTINE PRACTICE OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE IN UZBEKISTAN.

**Butaboev M.T., Yuldasheva S.L., Kamalova N.L., Butakhonov F.T.
Andijan State Medical Institute.**

Relevance. Currently, the urgency of the problem of CHF for healthcare is due to the prevalence of pathology and significant economic costs due to the severe progressive course of the disease, multiple hospitalizations, early disability, expensive cardiac surgery and prolonged drug treatment, comprehensive program rehabilitation and high mortality rates. One of the main strategic directions in the effective treatment of patients with CHF, improving their quality of life, reducing mortality and prolonging the life of patients is to study and identify this pathology at the earliest possible stages of the underlying disease

Keywords: pharmacoepidemiology, chronic heart failure, left ventricular ejection fraction, functional class, disease burden, disease cost.

The **Purpose of the study.** Assessment of the costs of the healthcare system for the management of patients with chronic heart failure (CHF) based on a retrospective analysis of primary medical documentation.

Material and methods. The analysis of outpatient records of 1 thousand patients who were observed for 1 year by a general practitioner or cardiologist in an outpatient medical and preventive institution in 7 regions of the Republic of Uzbekistan was carried out. The assessment of the socio-economic burden of CHF was carried out from the position of the state. A bottom-up approach was applied to cost analysis. To calculate the average cost per 1 patient



per year, the costs for each patient were calculated, then the average value for the entire cohort was calculated. Direct costs were estimated (medical: outpatient care, inpatient treatment, drug therapy; non-medical costs: payments of disability pensions and disability certificates) and indirect costs (loss of gross domestic product).

Results. It is shown that the average cost of managing 1 patient with CHF is 22.000.000 soums per year. The cost of drug therapy varied significantly depending on the source of funding — the total cost of therapy received by patients was about 13,000,000 soums per year, whereas within the framework of preferential drug provision, patients received therapy in the amount of 1,000,000 soums per year. Thus, the share of drug therapy in the structure of costs per patient from the position of the state was only 4.7%, and the maximum costs were for inpatient management (45.5%), stay in intensive care units (16.4%) and disability payments (21.6%). The amount of direct costs for CHF therapy, with the exception of drug therapy (examination, inpatient and outpatient treatment), averages 16,000,000 soums per year. The total direct non-medical and indirect costs per patient with CHF per year amount to 6,600,000 soums. It should be noted that the provision of rehabilitation assistance was not included in the calculation.

Conclusion. Taking into account the significant burden of CHF on the health care system of the Republic of Uzbekistan, growing health care costs and an increase in life expectancy, it is important to improve the prevention and treatment of CHF. The development of a network of expert centers on CHF, the construction of a “seamless” system of care for patients with CHF, as well as increasing the availability of drug therapy by improving the regulatory regulation of drug provision and inpatient management of patients can improve the quality of medical care for patients with CHF in Uzbekistan.

METHODS OF PREVENTION AND TREATMENT OF MYOCARDIAL INFARCTION DUE TO ISCHEMIC HEART DISEASE

Delkasheva Sh.D., Xamidova M.I., Yakubbekova M.K., Umirzakova R.Z., Mirzaaxmedova I.Z.

**Department of hospital therapy and endocrinology
Andijan State Medical Institute**

The urgency of the problem. According to the World Health Organization in as a result of coronary heart disease, humanity annually loses 2.5 million inhabitants, and more than 1/3 of which are people of working age. Myocardial infarction is fraught with complications and high fatal risk: mortality is observed in 6-10% of patients, and recurrent myocardial infarction develops in 4-12%. After the discovery of new ischemic syndromes: hibernation, "stupefaction" and metabolic adaptation ("preconditioning") of the myocardium, myocardial ischemia is considered as a more complex clinical condition requiring a radical revision and addition of therapeutic approaches. One of the therapy for myocardial infarction is the stimulation of cardioprotection, the study of the main mechanisms of this phenomenon are the reason for the



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



development of methods, one of which is the method remote ischemic preconditioning of the myocardium.

Purpose of the study. To study the impact of non-invasive treatment of remote ischemic preconditioning on clinical and hemodynamic parameters of patients with myocardial infarction.

Material and research methods. Among the studied patients, men - 32, women - 20, in aged 40 to 80 years (mean age 60 ± 1.2 years). Patients were divided into two groups: the first – 27 patients received standard therapy for MI, which includes: anticoagulants, beta-blockers, nitrates, ACE inhibitors, antiplatelet agents, statins, the second - 25 patients - in parallel with the standard therapy for myocardial infarction used remote ischemic preconditioning.

The method of remote ischemic preconditioning was as follows: cuff from the tonometer was superimposed on the left arm and raised the pressure in it to 200 mm Hg. Not releasing air, as is usually done when measuring blood pressure, and tightly twisting valve waited 5 minutes. After 5 minutes, the air was released from the cuff and waited for another 5 minutes. Such cycles – 5 minutes of blood flow clamping and 5 minutes of rest - repeated 5 times. The total duration of one procedure was 50 minutes. During the week, 2 procedures daily, 7 procedures per week. Total course of treatment 10 days. Throughout the course of treatment with ischemic conditioning drug therapy remained unchanged, except for doses of nitroglycerin. Patients in group 1 the studies were carried out in the same time intervals as in patients of the 2nd group. All patients before and after the end of treatment, an assessment of the quality of life, ECG recording, an assessment of endothelial functions for the test with reactive hyperemia and arterial stiffness with the determination of the speed pulse wave propagation, pulse oximetry. The dynamics was assessed by the achievement of a significant improvements: reduction in the frequency and duration of angina attacks, increased tolerance to physical activity and performance of the heart muscle, a decrease in the number of nitrates, a significant improvement in the lifestyle of patients.

Research results. Significant improvement achieved: reduced frequency and duration angina attacks, the amount of nitrates taken decreased, the duration stay in the hospital and in the intensive care unit, improved quality of life (QoL). QoL was determined on the basis of the data of the questionnaire, the main positions of which were – physical activity, limitation of working capacity due to illness, presence of pain, social adaptation, emotional status. After 1 month, a significant improvement in the QoL of patients from 2 groups in all respects, while patients from the 1 control group had only increase in exercise tolerance and worsening of other parameters. Thus it is study showed that after a course of DIPM, the effect persists for at least 12 months. Repeat coronary angiography performed four weeks later showed an increase in vascularity. in 42 patients, non-significant improvement in 8 and no change in 2 patients.

Conclusions. When combined with the treatment of MI using a non-invasive method, DIPM has clinical benefits compared to standard treatment for MI. Short-term repeated episodes of myocardial ischemia with periods of reperfusion significantly increase its resistance to subsequent, much more pronounced (lethal) ischemia, while limiting the zone



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



experimental IM. Short-term coronary occlusions help reduce the severity subsequent ischemia, improve myocardial contractility and reduce malignant ventricular arrhythmias, the size of the necrosis zone decreases, the indicators of the hospital mortality, the incidence of acute left ventricular failure, cardiogenic shock following ischemia. Changes in intra-arterial pressure that occur during during DIPM, they set the vascular wall in motion, contribute to a change in its diameter and architectonics of the entire vascular tree, there is a temporary increase above the place of compression as general and local intra-arterial pressure, while simultaneously increasing the pressure of the vaorta and carotid arteries. It follows from this that the change in pressure difference that we create artificially, with DIPM is one of the important mechanisms for improving collateral circulation in the heart muscle.

SIMULATION TRAINING DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Ergasheva Z.A.

Andijan State Medical Institute

Introduction. On March 11, 2020, the World Health Organization declared the coronavirus infection COVID-19, which is caused by the causative agent SARS-CoV-2, a pandemic. It became clear that the coronavirus pandemic has changed our lives and has become a severe test for modern society. Difficulties arose in all spheres of life, and higher medical education was no exception. At the same time, the situation that arose served as a catalyst for the **Introduction** of digital technologies into the education system, when only distance learning became possible.

Educational institutions in a short time had to completely switch to the remote format of the organization of the educational process. In this regard, the management of the ASMI decided to transfer the pedagogical process to a distance learning form for the safety of students and teachers, reducing to a minimum the need for their physical presence in the classrooms.

Our reality today demonstrates the readiness of the teaching staff of the university to work effectively in new conditions thanks to the constant professional development of the university teaching staff in the field of information technology, familiarity with the possibilities of distance learning technologies, the possession of teachers of the main instrumental systems for the creation of methodological and didactic materials. For ASMI, the transition to full distance learning in the shortest possible time became possible thanks to the availability of the Moodle distance learning system (Moodle SDO).

The **Purpose of the study.** Analysis of the satisfaction of students of the Faculty of Dentistry with distance learning.

Research methods. In the course of the work, a survey was conducted of 449 students of the 1-5 courses of the Faculty of Dentistry of the ASMI, among them 175 (39%) boys and 274 (61%) girls, whose average age was 20.3 years. The survey was conducted anonymously individually,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



questionnaires were filled out by respondents independently in the Moodle distance learning system.

The questionnaire developed for this study consisted of 27 questions in several blocks: questions related to the COVID-19 pandemic; questions related to distance learning in self-isolation; questions about the level of personal computer proficiency and Internet skills. Statistical processing of the results of the study was carried out using the Moodle SDO functionality.

The results of the study. Distance learning is a flexible and changing system, and in such remote conditions, situations often arise when it is necessary to quickly inform students about changes in the organization of the educational process. 92% of students responded positively to the question about the timeliness of informing, only 6% complained about the untimeliness and only 2% about the lack of timely information from teachers.

The implementation of anti-epidemic measures at the university was taken under special control, which was confirmed by the answers to the relevant questions. Students of the Faculty of Dentistry observe preventive measures to prevent the spread of a new coronavirus infection: 93% are at home in self-isolation, 87% often wash their hands. When leaving home, 68% use antiseptics, 69% do not touch their face with their hands, 62% keep a distance of at least 1 meter when communicating, but only 7% of respondents wear a mask. Perhaps this is due to the current shortage of masks and their cost, as well as an ambiguous opinion about the mask regime in the media.

The analysis of questions about adaptation to new learning conditions showed that the majority of respondents (74%) adapted well, 20% - satisfactorily, and only 6% - adaptation is difficult, which may be due to a low level of personal computer proficiency, Internet skills, as well as technical difficulties. At the same time, for 73% of the surveyed students, the distance learning format is convenient, and they are satisfied with the learning process in the distance form. In addition, a quarter of respondents (24%) note an increase in the level of motivation to study, 16% of respondents have it decreased, and the vast majority have remained at the same level.

Conclusion. Thus, the conducted research showed that modern students have fairly good skills in working with modern technology, software and working on the Internet, which contributed to rapid adaptation to a new form of education in the conditions of the COVID-19 pandemic.

The absolute majority has up-to-date information concerning the ways of spreading and methods of preventing the spread of a new coronavirus infection, obtained mainly from official sources.



USE OF THE INFUSION DRUG "REAMBERIN 1.5%" IN THE POSTNARCOSIS PERIOD IN CHILDREN

G.A. Kasparova, T.A. Malek
Samarkand State Medical University

Relevance: Metabolic and other disorders occurring in critically ill patients are serious problems that require comprehensive and effective treatment. Infusion therapy is an integral part of the care of patients in critical conditions and plays an important role in the correction of blood volume and properties, disintoxication, administration of drugs, and provision of parenteral nutrition. One drug that has attracted interest in medical practice is Reamberine 1.5%. Reamberin (sodium meglumine succinate) is a drug detoxifying agent, has antihypoxic, antioxidant effects and energy-protective effects, reduces the production of free radicals, utilizes fatty acids and glucose in cells, and normalizes the acid-base balance and blood gas composition. The main distinctive feature of the drug is the inclusion of succinic acid (a substrate antihypoxant) in a balanced polyionic solution, which determines its fundamental properties as a metabolic and energy corrector.

In the postnarcosis period in children the metabolic functions of the body are disturbed, and the use of Reamberin 1.5% can be useful in this context. The drug occupies a special place as it is polyfunctional with disintoxication properties regulating water-salt and acid-base state due to its composition and features.

Purpose of the study: To evaluate the effectiveness of the infusion drug "Reamberin 1.5%" at the end of anesthesia in newborn children in order to eliminate the effects of drugs in anesthesia.

Materials and methods: "Reamberin 1,5%" was used in three comparable groups of children aged 1–28 days who underwent surgery for various surgical pathologies. In the 1st group with 13 (32%) patients and in the 3rd group with 11 (28%) patients, we performed inhalation anesthesia using the machine-mask method; in 2nd group with 16 (40%) patients was performed general combined anesthesia with mechanical ventilation. Reamberine in the 1st and 2nd groups was administered 10 min before the end of the operation in an IV bolus dose of 1 ml/kg; in the 3rd group reamberine was administered 10 min before the end of the operation at an IV dose of 1 ml/kg and again 10 min after the first injection at the same dosage. Results: The study showed that children with double administration of "Reamberin 1.5%" at the stage of anesthesia completion showed a slight increase in total hemoglobin and a significant increase in regional saturation in the pericortical parts of the brain due to the increase in oxyhemoglobin fraction and decrease in deoxyhemoglobin fraction. There was also a decrease in the levels of the oxidized form of cytochrome oxidase. These changes had a tendency to progress in dynamics throughout the observation period.

Conclusion: administration of "Reamberin 1.5%" is accompanied by an increase in regional cerebral saturation and improvement of tissue respiration processes in newborns when recovering from anesthesia.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



PREVENTION OF INFECTIOUS DISEASES OF NERVOUS SYSTEM AND HEALTH CARE SYSTEM IN INDIA

Gupta A.1, Akhmadeeva L.1,2

1Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

2Academy of Sciences of Bashkortostan Republic, Ufa, Russia

In India, there are several ways and methods used in the prevention of infectious diseases of the nervous system. The country has implemented various measures aimed at controlling the spread of neurological infections, including polio, meningitis, encephalitis, and rabies, among others. This paper is written by a 4th year medical student from India studying in Russia now and her professor from Russia. The aim was to discuss the existing ways to prevent infectious diseases of nervous system in India. We used the Indian formal documents about health care and public health as materials and opinion of the authors.

Results and discussion. One of the key approaches is the use of vaccines, which have been highly effective in preventing many neurological infections. The government has implemented mass vaccination programs to cover all age groups, particularly children who are most vulnerable to infections. Additionally, there is a focus on improving public awareness and education about the benefits of vaccination, particularly in rural areas. Vaccines are biological preparations that help to stimulate the immune system and develop immunity against infectious diseases. There are several vaccines available in India that target neurological infections, including vaccines against poliovirus, meningococcus, Haemophilus influenzae, Japanese encephalitis virus, and rabies virus.

Another method used in India involves improving sanitation and hygiene practices. This includes the use of clean water, proper disposal of waste, and hand hygiene. These measures have been shown to play a critical role in reducing the incidence and spread of neurological infections. Some of these strategies are as follows:

- 1. Provision of clean water:** Access to clean water is critical in preventing neurological infections. In India, the government has implemented policies to improve access to safe drinking water for the population. This includes the construction of water treatment plants and water supply systems in urban areas and the installation of hand pumps and bore-wells in rural areas.
- 2. Proper disposal of waste:** Improper disposal of waste can contribute to the spread of neurological infections by providing breeding grounds for disease-causing pathogens. In India, the government has put in place policies to promote proper waste management practices. This includes the construction of waste management infrastructure such as landfills, incinerators, and waste-to-energy plants. Additionally, campaigns have been implemented to promote the segregation of waste at the source to facilitate proper disposal.
- 3. Promotion of hand hygiene:** Hand hygiene is essential in preventing the spread of disease-causing pathogens. In India, the government has implemented campaigns aimed at promoting



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



good hand hygiene practices. This includes the provision of hand washing facilities in schools and public areas, the distribution of hand sanitizers, and the promotion of hand washing with soap and water.

4. Open defecation free environment: Open defecation is a significant public health issue in India. It leads to the contamination of the environment with fecal matter that can transmit disease-causing pathogens. Consequently, the government launched the Swachh Bharat Abhiyan campaign that aims to eliminate open defecation and promote cleanliness and hygiene. The campaign involves the construction of toilets in households and in public areas and promoting behavior change around sanitation practices.

Moreover, India has developed a comprehensive disease surveillance system capable of detecting, tracking, and responding to outbreaks promptly. Health authorities work closely with community health workers and other stakeholders to detect early signals of neurological infection outbreaks and contain them before they spread widely.

Finally, public awareness campaigns play a critical role in India's preventive approach to neurological infections. These campaigns focus on educating the public about the importance of the vaccination, sanitation, and hygiene. By increasing awareness, people become more conscious of their actions, thereby reducing the risk of transmission of the disease-causing agents.

In **Conclusion**, India's preventive measures against neurological infectious diseases are comprehensive and multifaceted. These measures involve a combination of vaccination, improved sanitation and hygiene practices, disease surveillance systems, and public awareness campaigns. Together, these efforts have contributed significantly to reducing the burden of neurological infections in the country.

OUTPATIENT TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTCOVID ANEMIA SYNDROME

HAFIZOVA Z.B.

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

Introduction. Low hemoglobin after a coronavirus infection is a complication, the causes of which have not yet been fully studied. In 2020, after the conducted research, scientists suggested that the infection interacts in the body with an iron-containing protein and subsequently destroys it. This **Conclusion** was made because a large amount of heme, a component of hemoglobin, was detected in the organisms of patients with anemia.

The **Purpose of the study.** The study of anemic syndrome after a coronavirus infection and the choice of an iron preparation.

Material and methods. The study was conducted at the Andijan Regional Hospital. The study included patients who applied to the consulting and diagnostic office in the period January-March 2022, of both sexes, who had a coronavirus infection 3-6 months ago. Treatment was



carried out with an iron-containing preparation "Totem" in the form of syrup in ampoules for oral administration of 1 ampoule 1 time a day for 30 days.

Results. The clinical effect of the use of the drug "Totem" was evaluated by improving clinical manifestations and increasing hemoglobin levels. High efficacy from the use of the drug "Totem" was observed in 15 patients (93.8%) in the main group. There was a significant improvement in clinical and laboratory data. In total, in 2 patients (12.5%) after treatment, hemoglobin remained moderately low. In the control group, after treatment, symptoms of dizziness persisted in 33.3% of patients. In the blood test in 12 (75%) patients, the hemoglobin index remained lowered, as at the beginning of therapy. Thus, the average efficiency score in the main group was 2.88 ± 0.1 , in the control group – 2.38 ± 0.1 ($P > 0.05$).

Conclusions. Given the high efficacy after the use of the drug "Totema" in the treatment of anemia, primary care physicians are recommended to conduct outpatient treatment of patients with postcovid anemia syndrome using this drug in a standard dosage of 1 ampoule 1 time a day with a course of treatment of 30 days. It is also permissible to continue therapy depending on the severity of clinical and laboratory parameters.

TO STUDY THE FREQUENCY AND STRUCTURE OF CONGENITAL HEART DEFECTS

HAFIZOVA Z.B.

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

Introduction. Congenital heart defects (CHD) is an urgent problem of cardiology and pediatrics. CHD ranks third among all congenital anomalies after malformations of the musculoskeletal system and the central nervous system. The natural course of congenital anomalies of the development of the heart is accompanied by high mortality, the level of which depends on the period of the patient's life, the adaptive capabilities of the body, as well as on the severity of the defect itself. In the structure of mortality associated with malformations, they are in the first place.

The **Purpose of the study:** to analyze the structure of congenital heart defects in the Andijan region.

Materials and methods of research: 1. The questionnaire – anamnestic method, which provided for filling out questionnaires during a conversation with parents, and also used information from the medical history.

2. Clinical - which included examination of the patient according to the generally accepted method, with a more detailed study of the state of the cardiovascular system.

3. Instrumental – verification of the diagnosis of congenital heart disease was based on the results of electrocardiography, echocardiography and chest radiography.

Results: In a retrospective study of the medical history of all children with congenital heart defects treated in the cardiology department of congenital heart defects among children of the



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Andijan region, the leading position was taken by acyanotic defects, which were diagnosed 2 and 2.4 times more often both in 2021 and 2022, regardless of the territorial affiliation of the children. Among the congenital heart defects of the "white type", in our studies, the defect of the interventricular septum was found with the greatest frequency, and in 2/3 of children with a defect in the membranous part of the interventricular septum greater than 10 mm. The most common among congenital heart defects with arterial hypoxemia were tetrad of Fallot and double divergence of the main vessels from the right ventricle. Of the children with a Fallo notebook, more than 80% have a cyanotic form and the duration of seizures is up to 3 minutes. Of particular note is such a rare congenital vascular pathology as abnormal drainage of the pulmonary veins, detected in children in 2022.

Conclusions: The conducted research indicates the need to develop a plan of preventive measures to reduce and prevent congenital heart defects, especially combined heart defects. Prevention of the birth of children with congenital heart defects should begin in the antenatal period, identifying and eliminating pathologically significant risk factors.

QUANTIFYING AND MONITORING FIBROSIS IN NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE USING NEW METHODS.

Halikova U.Q., Muxtorov Z.M.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Fibrosis stage is strongly associated with liver-related outcomes and is a key surrogate endpoint in drug trials for non-alcoholic steatohepatitis. Dual-photon microscopy allows automated quantification of fibrosis-related parameters (q-FPs) and may facilitate large-scale histological studies. We aim to validate the performance of q-FPs in a large histological cohort.

Keywords: cirrhosis; liver biopsy; liver fibrosis; non-alcoholic steatohepatit, tibial syndesmosis.

Goal. Quantifying and monitoring fibrosis in non-alcoholic fatty liver disease using new methods.

Materials and methods: 100 patients with non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) underwent 50 liver biopsies (24 had paired transient elastography examination). Fibrosis stage was scored using the NASH Clinical Research Network system, and size were measured by ultrasound analysis using unstained slides. Patients were randomly assigned to the training and validation cohorts to test the performance of individual size and derive optimal cut-offs.

Results. Over 25 results had area under the receiver-operating characteristics curves >0.90 for different fibrosis stages. Among them, the perimeter of collagen fibres and number of long collagen fibres had the highest accuracy. At the best cut-offs, the two q-FPs had 88.3%-96.2% sensitivity and 78.1%-91.1% specificity for different fibrosis stages in the validation cohort. Size and histological scoring had nearly identical correlations with liver stiffness measurement,



suggesting that the accuracy of size approached that of histological assessment. Among patients with paired liver biopsies, changes in the same results were associated with changes in fibrosis stage.

Conclusion. Ultrasound analysis is highly accurate in the assessment of fibrosis in NAFLD patients. This automated platform can be used in future studies as objective and reliable evaluation of histological fibrosis.

METHODS OF TREATING PHARYNGEAL TONSILS IN CHILDREN

Husanov Sh.R., Kasimov K.K.

Department of Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute

Introduction. Adenoid tumors-pathological hypertrophy of the pharyngeal (nasopharynx) tonsils (vegetatio adenoids) usually occurs in the period from 3 to 14 years. During puberty, after 14 years, pharyngeal almonds decrease; in adults, pharyngeal almond hypertrophy is rare. According to literature, adenoids are more common among girls and Boys (3 to 45%).

There are several concepts for the surgical treatment of pharyngeal tonsil hypertrophy. Each of them has its own advantages and disadvantages. The doctor should act well in modern methods of adenotomy, take a special approach to the formation of a treatment plan of each patient in order to avoid operational complications and recurrence of the disease.

Pharyngeal amygdala hypertrophy (adenoids) is the most common childhood disease. In the first years of life (preschool and early school periods), the leading position among ENT diseases in children includes pathological changes in adenoid plants. There is a clear trend for the growth of this pathology.

The **Purpose of the study.** Improving the effectiveness of the diagnosis and treatment of Grade II adenoids and chronic adenoiditis in children.

Research **Materials and methods.** To complete this task, we selected and examined 67 children with Nasopharynx hypertrophy.

Research results. In children with pharyngeal amygdala pathology, the period of perinatal development is early and late gestosis, the risk of termination of pregnancy in the third trimester, prematurity, chronic intrauterine fetal hypoxia, perinatal lesions of the central nervous system in the postnatal period are more persistent than in healthy children, artificial feeding, hypotrophy, anemia, rickets, allergodermatosis are noted, encephalopathy, food and drug allergy these features are)

Clinical and diagnostic symptoms of pharyngeal amygdala hypertrophy persistent difficulty nasal breathing, bad breath, snoring during sleep, voice, hearing loss, fatigue, loss of appetite, sweating, general weakness, companion hypertrophy low glands and lymphatic follicles the back wall of the throat



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Nasal, episodic cough, subfebrile body temperature, pathological color (cyanosis or hyperemia) for chronic adenoiditis is characterized by its swelling, fever of the nasal cavity mucosa, fever of the nasal cavity mucosa, occasional difficulty of runny nose

In contrast to its hypertrophy, the number of neutrophils in the pharyngeal tonsils inflammatory process has a decrease in their ability to increase peripheral blood growth and lymphocytes, reduce adhesion and migration, increase the content of sredemolecular peptides and serum Malone dialdehyde

Immunomorphological properties of pharyngeal amygdala lymphoid tissue in chronic adenoiditis high relative content of T-lymphocytes, including Tsub, as well as T-cells, which are in the early and late activation stages of B-lymphocyte subpopulation in this process, are characterized by a high content of B-2 cells, as well as B-lymphocytes, mononucleosaccharide antigens of expression $11 < 0.05$).

An effective method of treating chronic adenoiditis is laser therapy and a complex method that involves rinsing nasopharyngeal aspiration with a solution of Miramistin

With hyperplasia of pharyngeal tonsils 11, a treatment with cryovozdegia with liquid nitrogen in the lymphoid tissue of the nasopharynx can be used (its effectiveness is obtained in 90% of children)

Conclusion. In children, a differential approach is proposed to prescribe methods for protecting organs, taking into account the non-inflammatory or non-inflammatory nature of the pharyngeal tonsils lesion.

A treatment for adenoids with cryovozdegia on pharyngeal tonsils has been developed and tested.

A scheme is proposed to treat chronic adenoiditis, which is designed to wash off a complex method of treatment, including laser therapy and nasopharyngeal aspiration with Miramistin solution.

Additional criteria have been proposed for the effectiveness of the treatment of pharyngeal amygdala hypertrophy and chronic adenoiditis.

INNOVATIVE ASSESSMENT OF THE DURATION OF INTERNAL ORGAN INJURIES IN FORENSIC MEDICAL PRACTICE

Ibragimov B. I., SH. I. Ruziev
Andijan state medical institute,
Tashkent pediatric medical institute

Relevance. For forensic medicine, this means the increasing importance of innovative studies of life expectancy and age of injuries, including soft tissues, which are the first to encounter traumatic agents.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



It is their injuries that carry information about the time of injury. Thus, blunt mechanical trauma is a significant socio-economic problem, the development of which requires an innovative application of efforts from forensic medical experts in this matter.

The early period after injury, when the survival of cells and tissues is preserved, is still the most difficult and most subjective in the expert interpretation of the prescription of injuries. The **Purpose of the study.** Development of an algorithm for modern morphometric assessment of the prescription of soft tissue injuries in the practice of forensic medical examination.

Material and methods of research. To study the prevalence of soft tissue injuries in blunt mechanical trauma, we used archival data, clinical and sectional materials collected on the basis of the departments of thanatology of the Tashkent city branch of the Republican Scientific and Practical Center for Forensic Medical Examination. For innovative morphometric and histological studies, pieces of soft tissues of the limbs and trunk (skin, subcutaneous tissue, subcutaneous muscles) of people who died from traumatic and non-traumatic causes of death were collected.

The results of the study and their discussion. As a result of histological examination of injured soft tissues in dynamics, we found that it makes sense to adhere to the division of tissues into two zones - the zone of destruction and the zone of reactive changes. At death at the accident sites, we saw areas of tissue destruction in the destruction zone, while the destruction zones were heterogeneous - destroyed tissues in the form of tissue detritus and fragments, fragments of muscle and connective tissue fibers, adipose tissue cells, fragments of the epidermis were located among islands of unchanged soft tissues. Often, the destruction zones were clearly localized - abrasions, bruises - in these cases, violations of the integrity of the epidermis, its marginal flattening and compaction (abrasions), hemorrhages in the tissues that erased the pattern of the structure of the tissues were clearly visible.

We did not find any pronounced changes in the color of the dermis, the fibers of the striated muscles-metachromasia-although there were still weakly pronounced changes in the color of the dermis. Already in this time period, we can talk about the pronounced fragmentation of striated muscle fibers and their dystrophic (degenerative) changes.

Conclusion. The assessment of the age of soft tissue injury by the innovative method in the first day after the injury shows a reliable dynamics of the increase in capillary anemia, an increase in the lumen of capillaries, an increase in the size of adipose tissue cells, which can serve as new criteria for histological determination of the age of injury.



CLINICAL AND IMMUNOMORPHOLOGICAL FEATURES PREECLAMPSY IN PREGNANT WOMEN

Ibragimova M.U.

Department of Obstetrics and gynecology No. 1

Andijan State Medical Institute

Relevance. Modern clinical, laboratory and experimental research methods are aimed at studying the mechanisms of occurrence and development of this obstetric complication. Diagnostic criteria are still based on nonspecific clinical and laboratory signs, and timely accurate recognition of the development of PE is an important task of modern researchers.

Purpose of the study: to study the clinical features of preeclampsia and to develop methods of modern treatment.

Materials and research methods: From 2022 to 2023, 56 pregnant women were delivered at the aoc. During this period, the diagnosis of "severe preeclampsia" was made to all women, which is 98% of all deliveries in the hospital. All patients were included in the main group of the first stage of the study.

Results of the study: Most of the surveyed had a regular normooping menstrual cycle, an opsomenorrhea-type irregularity produced in 1.48% of cases, dysmenorrhea was observed in 2.46% of cases.

Analyzing the gynecological anamnesis, it should be noted that 61.08% of patients with severe PE had a history of gynecological diseases, in 24 (11.82%) of them the history was degraded by infertility (lasting from 2 to 17 years).

In a quarter of the subjects with forthcoming repeated birds, the previous pregnancy ended with a caesarean section, an indication for which was severe PE in 11% of people. In total, in the history of this complication of pregnancy accomplished in 20 patients and developed again during this pregnancy, in 3 of them severe PE led to antenatal fetal death during previous pregnancies.

In our study, we observed several clinical variants of PE: the classic Zangemeister triad was observed in 58.2% of cases, the edematous-proteinuric form occupied in 14.75% of cases, on the basis of isolated high AH, severe PE was diagnosed in 16.8% of cases. (other criteria for severe PE were added to the clinic).

Conclusions. In pregnant women with severe PE in the blood serum, the concentration of antiangiogenic factor is significantly higher compared to sFlt-1 in pregnant women without hypertensive disorders (4362 ± 570.12 and 1080 ± 435 pg / ml, respectably; $p0.05$), the value of the sFlt-1 / VEGF ratio almost 6 times significantly higher in patients with severe PE (503 ± 67 and 86.22 ± 11.81 , respectably; $P0.01$).

In severe PE, the serum level of adhesion molecules as indicators of endothelial dysfunction is higher, a high positive relationship is determined between them ($r = 0.74$; $p0.0001$), a significant difference occurs when considering sVCAM-1 (1391 ± 308.33 and 966.2 ± 165.22 ng / ml, respectably; $P0.05$).



TYPES OF INTRAOCULAR LENSES USED IN PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY

Inakova Z.T. 1st year Master's degree student in the specialty
"Ophthalmology"

Supervisor: Ph.D., assistant Toshpulatova A.Z.

Department of Ophthalmology, Pediatric Ophthalmology TashPMI

Relevance. Congenital cataract still occupies a leading position among the causes of blindness and visual impairment in children's patients. Congenital lens opacities occur in 1 10 cases per 10,000 children. The optimal method of correction of aphakia in the modern surgical treatment of cataracts is the primary implantation of an intraocular lens (IOL) into the capsule sac of the lens. According to a number of researchers, to achieve optimal results of aphakia correction, when choosing an IOL, it is necessary to consider certain characteristics of various IOL models and correlate them with individual characteristics of patients.

Goal. Comparative analysis of various types of intraocular lenses used in pediatric ophthalmology for congenital cataracts.

Material and Methods. For comparison, we chose intraocular lenses of various models.

Results. There are several different types of IOLs used in pediatric ophthalmology. The first material from which intraocular lenses were made was polymethylmethacrylate. Today, different lenses are used: hydrophobic and hydrophilic, acrylic, silicone, and others. Hydrophobic acrylic lenses are believed to be the most effective in all respects. Silicone lenses demonstrate stability, especially in patients who do not have concomitant pathologies and can be used in children. Spherical lenses have been used in ophthalmology for a long time, but the development of modern technology has allowed the development of aspherical lenses. Aspherical lenses have such a shape that when light hits any point, it will be refracted with the same force. The optical power of the lens is the same in the center and at the edges, which is important to ensure vision in the dark, when the pupil expands.

According to literature data, the use of toric lenses in children with astigmatism by Acrysof Toric is used for congenital isolated cataracts incongruous with other anomalies, as well as for somatic diseases with initially existing astigmatism of more than 1.75 Dpt. Acquired cataract due to penetrating corneal injury, provided the eccentric location of the scar and aphakia with corneal astigmatism, provides the capsule bag is preserved. Contraindications to the use of toric lenses are congenital dislocations of the lens, keratoconus, uncorrected astigmatism, and the absence of a capsule sac of the lens.

Monofocal lenses provide good vision into the distance, but to work near a person requires glasses with plus lenses. Multifocal lenses are a more modern option. They are divided into several zones responsible for vision at different distances, such IOLs provide equally good vision at different distances, which is relevant in children with high degree hypermetropia. With a high degree of myopia, it is important to use phakic lenses designed for implantation without removing the "native" lens.



Conclusion. After studying different types of intraocular lenses, it can be concluded that in pediatric ophthalmology, the use of IOL takes into account the refraction of the child, the main indications for implantation of IOL, and the state of the capsule-ligamentous apparatus of the lens. A differentiated approach to IOL implantation gives high visual acuity and ensures stability, safety, and biological reactivity.

CERVICAL LESIONS ASSOCIATED WITH HUMAN PAPILLOMAVIRUS

Islamova Z.K.

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

Relevance. Infection with the human papillomavirus (HPV) of high oncogenic risk triggers the mechanism of transformation of mucosal cells and leads to the development of cervical cancer (cervical cancer). Every year, about 570,000 new cases of this malignant neoplasm are diagnosed in the world. The increase in morbidity over the past ten years amounted to 7.8%, mortality – 13.1%. Approximately 60% of cases of breast cancer are detected in women over 45 years of age and 20% in women over 65 years of age.

In recent years, there has been a tendency to increase the frequency of detection of breast cancer in the young population (six to seven new cases) and the elderly population - 17 cases per 100 thousand women¹. The peak incidence of cervical cancer occurs at the age of 40-49 years. It is no coincidence that the main goal of the global strategy of the World Health Organization (WHO) for the period 2020-2030 to eliminate breast cancer was to reduce the mortality rate from this disease. In the future, the incidence threshold should be four cases of cervical cancer per 100 thousand women per year. World health has set goals to be met by 2030.²: 90% of girls should be vaccinated against HPV by the age of 15;

70% of women should be screened with a high-performance test by the age of 35, and then by the age of 45;

90% of women with cervical diseases (precancerous and invasive cancer) should receive appropriate treatment.

The **Purpose of the study.** To improve the results of diagnosis and treatment of HPV-associated cervical pathology by improvement of screening studies and the algorithm of medical actions.

Materials and methods of research. A comprehensive examination and treatment of 221 women with diseases associated with papillomavirus infection was carried out.

The results of the study. The effectiveness of the current cytological screening of cervical cancer in the Andijan region has been low for a number of years and ranges from 9% to 47.7%. This is due to a violation of the technique of sampling material for cytological examination,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



contamination of the material with elements of inflammation (60-80%) and does not depend on the technique of smear staining.

Patients with HPV-associated cervical pathology have dysbiotic and nonspecific inflammatory processes of the vagina and cervix (70.4%), sexually transmitted infections (63.3%), the treatment of which contributes to the elimination of HPV.

The informativeness of cytological examination depends on the qualification of the specialist who carries out the sampling of the material. The use of cytochetes and cervix brushes, compared with foam cubes, increases sensitivity to 68.7%, specificity to 84.0% and prognostic value to 90.0%. HPV testing is inferior to the cytological method in terms of specificity ($p < 0.001$) and the prognostic value of a positive result ($p < 0.05$). Low quantitative HPV loads correlate with the absence of cytological changes ($p < 0.001$), and high - with high-grade intraepithelial lesions (H8G) ($p < 0.01$).

The use of immunomodulatory drugs in the complex therapy of HPV-associated cervical pathology does not affect the effectiveness of measures in patients with cervical intraepithelial lesions when observed during years ($p > 0.05$), but at the same time provides acceleration of the elimination of papillomavirus infection with an assessment of the result within 6 months.

A differentiated approach to the early diagnosis and treatment of HPV-associated cervical pathology increases the effectiveness of therapeutic and diagnostic measures and gives a pronounced medical and economic effect.

The creation of new methods of diagnosis and treatment of PVI is a priority in gynecology. The success of new diagnostic techniques will lead to early detection of atypical transformation of cervical epithelial cells and assessment of risk factors for tumor transformation, the emergence of effective screening programs and, as a result, a significant reduction in the incidence of cervical cancer.

Conclusion. The emergence of modern methods of diagnosis and treatment of PVI will open up new opportunities for understanding and combating malignant pathology of the reproductive system in women caused by PVI

ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE KIDNEYS IN METABOLIC HEALTHY OBESITY.

I.I. Islamov, A.G. Gadayev.

Urgench branch of Tashkent Medical Academy.

Tashkent Medical Academy.

Relevance of the topic. According to the definition of the World Health Organization "obesity is an anomalous and excessive accumulation of adipose tissue that poses a health risk". According to epidemiological studies conducted in recent years, obesity has become a global epidemic, and in the next decade 40% of the world's population is expected to be exposed to obesity. Obesity, which increases at such a high rate, is undoubtedly also known



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



from the literature to increase the risk of developing diabetes mellitus, cardiovascular and chronic kidney disease.

Research purpose. Assessment of the functional state of the kidneys in the metabolic healthy phenotype of obesity.

Research material and methods. As a source of research, in total 123 individuals, including 83 individuals with metabolic healthy obesity at levels 1 and 2, 20 person practical healthy individuals from the South Aral Sea Region, 10 practically healthy individuals from the Qibray District of the Tashkent region, and 20 individuals with metabolic healthy obesity were selected. They were between 25 and 50 years old and averaged 36.83 ± 0.72 . Females made up 45 (54.21%). All individuals were placed on outpatient observation and separated into primary and control groups. The core group was divided into 2 groups based on BMI: 1 group was made up of 46 individuals with metabolic healthy obesity comprising BMI 30-34.9 kg/m², 2 groups were made up of 37 individuals with metabolic obesity comprising BMI 35-39.9 kg/m². The control group was made up of 20 practically healthy individuals from the South Islet Region, 10 practically healthy individuals from the Qibray District of the Tashkent region and 20 individuals with metabolic healthy obesity.

Research results. Prior to the survey of patients involved in the study, the average total serum cholesterol of patients with Group I metabolic healthy obesity was 4.08 ± 0.07 mmol/l, glucose was 4.93 ± 0.11 mmol/l, HDL was 1.26 ± 0.03 mmol/l, serum TG was 1.47 ± 0.03 mmol/l, and creatinine was 64.79 ± 2.93 mkmol/l.

In patients with Group II metabolically healthy obesity, the average total cholesterol was 4.17 ± 0.08 mmol/l, glucose was 4.87 ± 0.19 mmol/l, HDL was 1.22 ± 0.03 mmol/l, serum TG was 1.54 ± 0.02 mmol/l, and creatinine was 67.22 ± 3.50 mkmol/l.

The average total cholesterol was 3.85 ± 0.11 mmol/l, glucose was 5.12 ± 0.10 mmol/l, HDL was 1.23 ± 0.04 mmol/l, serum TG was 1.54 ± 0.02 mmol/l, and creatinine was 59.61 ± 3.36 mkmol/L. In practically healthy individuals observed from the Qibray District area in this group, these indicators were recorded as follows: the average total cholesterol was 3.17 ± 0.13 mmol/l, glucose was 4.60 ± 0.36 mmol/l, HDL was 1.29 ± 0.06 mmol/l, serum TG was 1.48 ± 0.06 mmol/l and creatinine was 57.26 ± 2.14 mkmol/l. In individuals with metabolic healthy obesity, which forms part of the control group involved in the process from Qibray district, these indicators were recorded as follows: the average total cholesterol was 3.86 ± 0.14 mmol/l, glucose was 4.87 ± 0.19 mmol/l, yzlp was 1.18 ± 0.05 mmol/l, serum TG was 64.31 ± 2.96 mmol/l and creatinine was 64.31 ± 2.96 mkmol/l. Walking for more than 30 minutes per day during the three months spent showed a significant change in kidney function indicators in the main group of patients compared to the initial period: the average amount of GFR in Group I individuals ranged from 125.96 ± 1.50 ml/min/1.73 m² to 127.97 ± 1.91 ml/min/1.73 m² ($p < 0.01$), while the average of this figure in Group II ranged from 126.59 ± 2.25 ml/min/1.73 m² an increase of 127.32 ± 2.39 mL/min/1.73 m² ($p < 0.01$) was found. It was also noted that in Group I individuals, functional renal reserve increased from $28.28 \pm 3.52\%$ to $39.65 \pm 5.57\%$ ($p < 0.01$), and in Group II individuals, it increased from $27.33 \pm 3.59\%$ to $38.84 \pm 5.64\%$.



Conclusion. Thus, in metabolic healthy obesity, walking for more than 30 minutes a day leads to an improvement in the functional state of the kidneys.

METABOLIC HEALTHY OBESITY AND IMPACT OF AIR POLLUTION ON THE DEVELOPMENT OF DISEASES.

I.I. Islomov¹, A.G. Gadayev².

¹Urgench Branch of Tashkent Medical Academy, Urgench.

²Tashkent Medical Academy, Tashkent.

This serious problem and growing threat to health is due to the increasing urbanization of the world's population, with subsequent exposure to air pollution. The elderly, patients with pre-existing cardiovascular disease, and children are especially vulnerable. The cumulative life burden of children is of particular concern because their rapidly developing cardiopulmonary system is more susceptible to damage and they spend more time outdoors and therefore breathe in more pollutants.

Cardiovascular disease is the leading cause of death worldwide and evidence suggests that the disease process can begin at an early age. Several factors contribute to the development of CVD, more than half of the risk can be changed, including hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus and smoking, while the rest of the risks are considered hereditary. A significant body of epidemiological evidence has demonstrated a significant association between exposure to air pollution and an increased risk of cardiovascular disease.

The World Health Organization estimates that 93% of children under the age of 15 - 1.8 billion children - breathe air that compromises their health and development.

More than 3 million people worldwide die every year from coronary heart disease or stroke caused by air pollution, more than from other modifiable risks of heart disease such as obesity, diabetes or cigarette smoking. Both acute and chronic exposure to air pollution components, including fine particles and polycyclic hydrocarbons, have been associated with increased cardiovascular events such as coronary heart disease, heart failure, cardiac arrhythmias, hypertension, and others.

Thus, there is a need to develop more effective prevention measures and health guidelines to protect the most vulnerable, especially children and the elderly.

“IMPROVEMENT OF RADIATION DIAGNOSTICS OF DEGENERATIVE CHANGES OF HIP JOINTS IN CHILDREN”

Jamalov Mukhammad Solikh

Relevance of the topic

Pathology of hip joints is still an urgent problem of orthopedics in childhood, despite significant advances in the diagnosis and treatment of diseases at the present stage. The highest



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



frequency of visits to a pediatric orthopedist is associated with degenerative diseases of the hip joints (DHJ), in which the key link in the pathogenesis is the primary change in hyaline cartilage and/or subchondral bone, followed by involvement in the process of the metaepiphysis of the proximal femur. Subsequently, these disorders lead to the development of a local inflammatory reaction inside the joint, a cascade reaction of the cytokine response with the outcome in hypoxic-ischemic damage to structures, apoptosis and necrosis from the point of view of pathophysiology. Clinical and instrumental examination of children with DHJ diagnoses a violation of anatomical relationships in the joint, the development of foci of heterotopic ossification (osteophytosis), limitation of the amplitude of movements, as well as deterioration of the constituent criteria of quality of life according to WHO (physical, psychological, level of independence, social life and the environment). Among diseases of the hip joints in children according to the most acceptable proposed classification J. Zucker et al. the DZTS group includes: 1) diseases with genetic/congenital predisposition — hip dysplasia (subluxation, dislocation); 2) diseases acquired during growth — Legg–Calve–Perthes disease, varus deformity of the femoral neck; 3) traumatic diseases — juvenile epiphyseolysis of the femoral head.

Hip dysplasia (DHJ) is a pathology of childhood associated with anatomical, biomechanical and biochemical-histological changes in the structural tissues of the hip joint. There are both mild forms of the disease (minimal changes in the head and arch of the acetabulum), and moderate and severe (pronounced disorders), with variants of stability and instability of the joint as a whole.

Thus, the DHJ group is under close supervision of pediatric orthopedists and traumatologists due to the significant prevalence, severity of clinical manifestations, deterioration of quality of life and the development of complications in the form of arthrosis. In addition, the lack of unified approaches to the use of DHJ treatment methods is a subject of discussion among surgeons and often affects the timing and volume of medical care provided.

The **Purpose of the study:**

The aim of the work is to increase the effectiveness of the diagnosis of degenerative changes of the hip joints.

Materials and methods of research:

A comprehensive examination of 30 patients, 0-12 years of age, as well as 20 healthy children, examined the condition of the hip joints. The work was carried out on the basis of the multidisciplinary children's hospital of the Andijan region and in the private clinic Farm Standard lux.

Based on the obtained material, the X-ray computer and ultrasound semiotics of degenerative changes of the hip joints will be further detailed and refined, the scheme of radiation diagnostics will be optimized.

Research results:

Clinical symptoms of degenerative diseases of the hip joints are nonspecific, and traditional X-ray examination is uninformative in 47.8% of children with stage I of the disease. Examination



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



of healthy joints in children of different ages revealed significant changes in radiometric indicators ($p < 0.05$): an increase in linear indicators (vertical size of the entrance to the acetabulum, the depth of the acetabulum, the vertical size of the femoral head) and a decrease in the angular index (angle of inclination of the acetabulum). the slope of the roof of the acetabulum) depending on the age. Significantly significant differences from the control values ($p < 0.05$) of the vertical size of the entrance to the acetabulum and the depth of the acetabulum are observed only in patients with stages II-III of the disease. The use of ultrasound will allow to estimate the decrease in the height of articular cartilage depending on the stage of the disease (100.0%). A significant decrease in the height of the articular gap on radiographs was noted in 52.2%. RCT is highly informative when visualizing osteophytes (100.0%) and when assessing the width of the articular gap (100.0%), but without reliable connection with the stages of the process. MRI will reliably identify the initial stages of degeneration of articular cartilage, which are not determined by other methods of radiation diagnostics. (18.2%).

The developed scheme of radiation diagnostics includes mandatory ultrasound examination and RCT. In the postoperative period (in the presence of a metal structure), it is advisable to conduct an overview radiography and ultrasound of the hip joints. The need for MRI is limited to complex cases.

On the topic of this work, a comparative analysis of radiation research methods continues and in the future the final results of the study will be published.

Conclusion:

A comprehensive radiation examination of children will allow to diagnose degenerative diseases of the hip joints in 100.0% of cases, which is significantly higher than when using only standard radiography (52.2%). The complex of applied methods of radiation diagnostics has the maximum value in children with stage I, when the main diagnostic criteria of the disease are absent during the survey radiography, and only nonspecific functional disorders of the hip joint biodynamics are detected.

ORGANIC UREA COMPOUNDS AND THEIR DISINFECTANT CHARACTERISTICS

Isanova D.T., Azizov Yu.D., Khakimova I.T.

Our task was to study the biological activity of some organic compounds of urea, since the identification of new classes of disinfectants is an urgent task of our time. The samples were synthesized in the chemical laboratory of the Kyrgyz-Uzbek University. The antimicrobial activity of urea compounds was studied using daily cultures of various groups of bacteria: *S.aureus* (pathogenic gram-positive cocci), *S.epidermidis* (opportunistic gram-positive cocci), *E. coli* and *P. vulgaris* (opportunistic gram-negative rods, peritrichous), *P.aeruginosa* (conditionally pathogenic Gram-negative rods, monotrichs. Form capsule-like mucus).



The tests were carried out in two stages. At the first stage, the experiment was carried out using the method of serial two-fold dilution of the test substance. The final concentration of the substance in the tubes was 50:25:12; 6; 3; 1.5; 0.7: 0.3 and 0.15 mg/md. MPB was used as a nutrient medium. The concentration of the test culture of bacteria in each tube was 1000 bw/ml. The results were taken into account 24 hours after sowing. At the second stage, test tubes with no growth were subcultured to MPA (without admixture of the test preparations), the result was taken into account after 24 hours. In the absence of bacterial growth on MPA, the effect of the chemical preparation was regarded as bactericidal, in the presence of growth - as bacteriostatic. A total of 13 types of newly synthesized various organic compounds of urea were tested.

The data obtained revealed a high antibacterial activity against gram-positive and gram-negative bacteria of three chemical varieties of hexamethylenebis urea. Such a high antibacterial activity of these drugs in low doses makes it possible to recommend them as disinfectants.

DETERMINATION OF THE ADHESIVE PROPERTIES OF MICROORGANISMS IN UROPATHOLOGY.

**Isanova D.T., Azizov Yu.D., Akhmedova D.K.
Andijan State Medical Institute**

The study of adhesive properties was carried out on 115 strains of *E. coli*, 18 strains of *P. aeruginosa*, 22 strains of *Proteus sp.* Colonization factors were studied on 100 *E. coli* cultures, including 50 strains isolated from the urine of patients with chronic UTIs, 25 strains from the urine of acute UTIs, and 25 *E. coli* strains from the faeces of practically healthy people. In the urine of the same patients and healthy people, the antiadhesive activity of urine was studied.

The adhesion was evaluated by the SPA-average adhesion index; IAM-index of the adhesiveness of microorganisms; The KAB-number of adherent bacteria (according to Bektemirov A.M.-T. et al., 2004) to assess the anti-adhesive ability, we studied the indicator of urine anti-adhesive activity (PAAM) according to our method (2008). *E. coli* colonization factors were detected in the direct hemagglutination reaction in the presence of d-mannose and without it with O(I) Rh+ human erythrocytes and sheep erythrocytes according to the standard method.

The study of adhesive activity in bacteria isolated from patients with UTI showed the presence of adhesive activity of varying degrees in all strains of *P. aeruginosa*, *Proteus sp.* Most often, *P. aeruginosa* had a low and medium degree of adhesion in terms of SPA. According to the IAM indicator, an average and low degree was established. In strains of *Proteus sp.* the degree of adhesion was significantly different compared to *P. aeruginosa*. Thus, only 8.3% of strains had a high degree of adhesion according to SPA and IAM. Degree of adhesion of *E. coli* strains. were similar to those of *P. aeruginosa*. Analysis of quantitative differences in CAB showed differences between strains of enterobacteria and, accordingly, the significance of



various genera and species of representatives of the Enterobacteriaceae and Pseudomonadaceae families in the etiology of UTI.

The highest rate of antiadhesive activity of urine was found in healthy individuals, the lowest in the group of patients with chronic UTI, in patients with acute UTI, the antiadhesive activity of urine was also significantly reduced in relation to healthy individuals. The obtained data on the antiadhesive activity of urine indicates that the degree of bacterial colonization and the nature of the course of the pathological process may depend not only on the severity of adhesion in the uropathogenic microorganism, but also on the antiadhesive effect of secrets or nonspecific protective factors.

PROBLEMS OF PROVIDING MEDICAL CARE TO VICTIMS WITH POLYTRAUMA AND OPEN FRACTURES OF THE LONG BONES OF THE LOWER EXTREMITIES.

Kamalova N.L., Azimov A.R., Soliyev I.M., Kosimov I.U.
Andijan State Medical Institute

Relevance. According to many domestic and foreign researchers, the development and implementation of the concept of dynamic damage control allowed to reduce the mortality rate in victims with polytrauma, but did not significantly affect the incidence of infectious complications in open fractures in this mass of patients – it is still high, has no tendency to decrease and is up to 23-25%. These authors believe that the unsatisfactory outcomes of the treatment of open fracture wounds are due to the severity of the patients' condition and errors in the performance of primary and repeated surgical treatment.

Keywords: severe open fractures; polytrauma; primary surgical treatment; repeated surgical treatment.

Goal. Analysis of errors made when planning and performing surgical treatment of open fractures in polytrauma victims.

Materials and methods. A multicenter study was conducted based on the analysis of the incidence of infectious complications in various surgical treatment options and, depending on the timing of transfer to a regional multidisciplinary hospital, 200 patients with polytrauma and severe open fractures of the long bones of the lower extremities.

Results. A comparative analysis of the development of the frequency of infectious complications showed that the best treatment results were achieved when transferring patients with high-energy open fractures of limb bones in need of specialized medical care and/or polytrauma with a doubtful or unfavorable prognosis for life, on the first day after injury, provided primary surgical treatment is performed, taking into account the severity of the patient's condition and the features of the open fracture wound, followed by vacuum-assisted and repeated planned surgical treatments until the wound was cleaned of necrotic tissues,



compared with a group of patients who underwent traditional surgical primary surgical treatment of open fracture wounds.

Conclusion. The use of optimized tactics of surgical treatment of patients with open high-energy fractures of the bones of the lower extremities (type II, IIIA, B, C according to Gustilo-Andersen) allows to reduce the overall incidence of infectious complications by 38.4% compared with the options of surgical treatment tactics involving the implementation of traditional exhaustive PHO with subsequent repeated surgical treatments of wounds of open fractures.

STRUCTURAL STUDIES AND ACTIVITY OF THE SAV-2152 AS A PHOSPHATASE FROM HAD PROTEIN FAMILY.

Kamarov Otabek
Collage of Pharmacy

Graduate School, Chungbuk National University
Cheongju, Korea

Supervised by Professor Kim, Ji Hun

Abstract

SAV-2152 belonging to the methicillin resistant Staphylococcus Aureus Mu50 from the MRSA (Methicillin Resistant staphylococcus aureus) infects humans through various routes. Representative examples include community acquired MRSA and hospital acquired MRSA. MRSA mainly infects human skin or mucous membranes, causing skin necrosis and purulent disease. It infects not only patients but also healthy people, and the population suffering from MRSA is not small. Once infected with MRSA, treatment is not easy. Contrary to its name, MRSA tends to become resistant to various antibiotics in addition to methicillin and penicillin over time. Recently, it has been reported that it has resistance to vancomycin, which is known as the first-line treatment for MRSA infection.

Therefore, there is a need for new antibiotics to treat MRSA and antibiotic-resistant MRSA. Existing antibiotics kill cells by destroying the cell wall of Staphylococcus Aureus. Newly developed antibiotics should be of a different method, rather than a method that breaks down the cell wall. Recent studies of the halo acid dehalogenase (HAD) superfamily have found that phosphatases play an important role in MRSA cell wall synthesis. In addition, it has been reported that mutations in these phosphatases cause problems in cell wall synthesis, resulting in loss of antibiotic resistance. This suggests that phosphatases belonging to the HAD superfamily could be new drug targets for MRSA.

We aim to provide structural information to HAD superfamily protein research by studying SAV-2152 belonging to the methicillin resistant Staphylococcus Aureus Mu50, whose structure and function have not yet been elucidated.



ISSUES OF DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION OF CERVICAL CANCER BY MODERN METHODS

Kamildzhanova G.I.

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

Relevance. With cervical cancer, the vagina, parametral fiber, pelvic lymph nodes are most often involved in the tumor process, much less often - the uterine body and lymph nodes of the paraaortic and supraclavicular-subclavian groups.

In the absence of special treatment in the area of the primary tumor, there is a lesion of the abdominal organs - the rectum and bladder. The defeat of the vagina itself can occur by metastasis through the lymphatic vessels, as well as the development of retrograde metastases and cancerous emboli in the veins, implantation metastases in places of contact of the cervix with the walls of the vagina.

The **Purpose of the study.** To study the issues of diagnosis, treatment and prevention of cervical cancer by modern methods.

Materials and methods of research. We selected a total of 58 women with diagnosed and targeted cervical cancer to perform the task of diagnosis, treatment and prevention using modern methods.

The results of the study. The analysis of the studied scientific and medical literature and state registration materials showed that, according to the observations of many researchers, the results of the diagnosis and treatment of cancer and precancerous diseases of the cervix, despite the abundance of the proposed methods, are not always satisfactory.

The problem of cervical cancer (cervical cancer) has been in the focus of attention of leading foreign and domestic oncologists for many decades. Malignant tumors of the cervix occupy a leading position among malignant neoplasms of the reproductive system in women, second only to breast cancer, despite the presence of much more effective screening compared to this disease.

According to prognostic estimates of experts (taking into account population growth and an increase in life expectancy), by 2020, in developing countries, the increase in the incidence and prevalence of breast cancer will be 40%, and in developed countries – 11%. If timely measures for the prevention and treatment of breast cancer are not carried out today, then after 2050, 1 million women will become ill with breast cancer every year in the world.

Planning and implementation of large-scale programs to improve oncological care to the population is impossible without obtaining new knowledge about the general epidemiological situation in the country, in its individual regions [Rubtsova N.A., Novikova E.G., Sinitsyn V.E., Puzakov K.B., 2012]. The leading causes of the neglect of breast cancer, as a rule, are the latent, low-symptom course of the disease and, as a result, untimely treatment of patients for medical help, errors of medical personnel during diagnosis. This leads to the fact that malignant



neoplasms of the cervix are still an urgent problem, important both medically and socially, since they develop mainly in women of reproductive age, the most fruitful in terms of childbearing and in terms of social activity

Organizational approaches to reduce the incidence of cervical cancer include: improving the quality of smears from the cervix, by training the medical staff of the examination room in the technique of taking smears and creating a school of cytologists; strengthening interaction and increasing the alertness of primary care doctors and the **Introduction** of an organizational and functional model of cervical cancer screening.

Conclusion. In general, the implementation of organ-preserving and functionally-sparing approaches in the treatment of oncogynecological patients is an urgent and promising scientific direction that allows not only to cure the patient, but also to preserve the basic functions of the female body, significantly improving the quality of life, reducing the time of social and psychological rehabilitation, and sometimes the ability to perform reproductive function.

Despite such a serious pathology, in patients with breast cancer, if possible, it is necessary to strive to preserve the quality of life, social status and work activity in young women, as well as the possibility of preserving reproductive function. In this regard, the transposition of the ovaries into the lateral channels of the abdominal cavity, their removal from the area of subsequent radiation exposure in order to preserve their hormonal function is expedient and feasible.

The proposed algorithm of differential diagnosis and prediction will improve the detection of diagnosis and prevention of precancerous and cancerous diseases of the cervix.

EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS OF CERVICAL CANCER IN WOMEN AND THEIR RISK FACTORS

Kamildzhanova G.I.

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

Relevance. Cervical cancer is one of the most frequent malignant tumors of the reproductive system of women.

In the 50s of the last century, mortality from cervical cancer was in the first place after stomach cancer, and amounted to 90% of the oncopathology of the female reproductive sphere.

In recent years, the expansion of anti-cancer propaganda, the implementation of various screening programs for the prevention and detection of cervical cancer has reduced the incidence of cervical cancer and several times, however, this pathology still occupies a leading place among women's cancer pathology.

The **Purpose of the study.** To study the features of pathological processes of the cervix in women of reproductive age and to develop proposals for cancer prevention and rehabilitation of this category of patients in the region of high fertility.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Materials and methods of research. To fulfill our task, we selected a total of 65 women with cervical cancer and conducted private examinations on them.

The results of the study. In pathological processes of the cervix, viral infections occur in 98.4%: HSV - in 54.8%, CMV - 43.6%. Among women of active reproductive age, these infections occur 2.8 times more often (40% and 32.6%) compared with patients of the older age group (14.8% and 11.0%, respectively) ($p < 0.05$). Among HPV positive results revealed: HPV of low oncogenic risk - 84.6% and HPV of high oncogenic risk - 15.4% of cases. It was found that in women of late reproductive age infected with HPV of high oncogenic risk, changes in cellular (CD3 - 44.1%, CD4 - 26.7%, CD8 - 16.5%) and humoral immunity (Ig M - 169.0 mg%) are more pronounced than in women of active reproductive age (CD3 — 42.0%; CD4 - 25.6%, CD8 - 16.3%), (Ig M - 107.2 mg%, respectively) ($p < 0.001$).

Colpocytological markers of viral lesions of the cervical epithelium are abnormal foci in the transformation zone (28.5%): acetobelic epithelium in 39.5%, punctation in 35.4%, mosaic in 39.2%, iodine negative foci in 73.9% and coilocytosis in 13.4% of cases.

Women of late reproductive age with pathological processes of the cervix represent a risk group for the development of cervical cancer: a suspicious type of cytological smear was detected 2 times (12.8%), severe dysplasia during morphological examination 4.2 times more often (26.7%) compared with patients of active reproductive age (6.3% and 6.3%, respectively) ($p < 0.05$).

A comprehensive step-by-step examination of women of reproductive age with pathological processes of the cervix, taking into account the identified somatic and gynecological pathology and reproductive goals, allows timely identification of patients at risk for the development of precancerous conditions and prevention of breast cancer. After 6 months, the colposcopic picture was normalized in 26.7% of women, after 24 months — in 96.6%; cytograms of type I occurred after 6 months in 36.6%, after 24 months - in 86.9%; cytograms of III were leveled by the end of the year in 42.9% of women, after 2 years - in 71.4%.

Conclusion. In **Conclusion**, it should be said that, given the unique possibilities of cytological screening of breast cancer to preserve the health and life of women, the relatively low cost, the society is obliged to provide a basic level of organized screening, taking into account scientifically sound provisions and financial opportunities.

Consideration should be given to including screening in the compulsory health insurance system. It has been proven that the financial costs of effective screening are lower than for the treatment of patients with invasive cervical cancer. The basic screening system can be effectively supplemented by individual prevention measures using more frequent examinations and high-risk groups, involving more expensive, but significantly more sensitive molecular biological methods for determining "high-risk" human papillomavirus.



ARTERIAL MYOCARDIAL REVASCULARIZATION DURING ISCHEMIC HEART DISEASE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Kasimova N.Dj.

Department of Propaedeutics of Internal Diseases
Andian State Medical Institute

Relevance. Chronic coronary artery occlusion (CCA) is characterized by total obliteration of the vessel lumen against the background of atherothrombosis, lasting more than 3 months. There are two types of coronary artery occlusion: type I - functional occlusion, which is characterized by the TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) coronary blood flow assessment scale, TIMI-O blood flow (no antegrade blood flow) or TIMI-I (partial contrast leakage below the occlusion point), the affected area, the presence of a minimal lumen and the ability to contrast the distal part of the artery and to pass the coronary conductor; Type II - total occlusion, in which it is impossible to contrast the distal part of the coronary artery. The lifetime ("age") of occlusion is defined as the time from the first appearance of clinical signs of the disease, indirectly indicating the possibility of development during this period of occlusion, or from the results of a previous examination to angiographic confirmation of the presence of occlusion.

Myocardial revascularization has been a generally accepted and effective method of treating coronary artery disease for half a century. Direct myocardial revascularization is performed by surgical and endovascular methods. The most widely used coronary artery bypass grafting and transluminal balloon angioplasty, and subsequently stenting of the coronary arteries, united by the general term "percutaneous coronary interventions".

Purpose of the study. To evaluate the effectiveness of autoarterial myocardial revascularization to improve the results of complex treatment of patients with coronary artery disease with multivessel coronary artery disease.

Material and research methods. The clinical material of the study consisted of 293 consecutive patients with coronary artery disease, who were at the AGMI clinic.

Research results. In IHD patients with multivessel disease, autoarterial myocardial revascularization, compared with traditional operations, is accompanied by a decrease in mortality and the incidence of postoperative complications (bleeding, perioperative myocardial infarction, arrhythmias and stroke).

Autoarterial revascularization, in comparison with classical CABG surgery, in the long-term postoperative period is accompanied by an increase in the survival rate (by 3.5%), a decrease in the incidence of MI (by 3.5%), a lower number of relapses of angina pectoris (by 14.4%) and improving the quality of life.

The use of autoarterial composite bypass grafting and beating heart surgery, in comparison with traditional coronary artery bypass grafting, can reduce the number of postoperative complications, reduce the frequency of relapses



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



angina pectoris (15.5%), the incidence of MI (5.7%) and improve survival (4.6%). Internal thoracic arteries and arterial composite shunts have better patency (LVHA - 100%, PVHA - 95.5%, composite shunts - 95.8%), in comparison with the radial artery (LA -90.9%). The functioning of arterial shunts depends on the severity of stenosis in the arteries being shunted. Arterial myocardial revascularization in patients with a high risk of complications, in comparison with traditional coronary artery bypass grafting, is accompanied by better indicators of "freedom from angina pectoris and myocardial infarction" in the long-term postoperative period.

Conclusions. Thus, until now, in many clinical situations, there is no clear evidence of the effectiveness of this or that method of myocardial revascularization. When analyzing the results of coronary artery bypass grafting and percutaneous coronary interventions in patients with chronic occlusion of the coronary arteries, various authors provide often conflicting data. However, the number of studies conducted in accordance with the principles of evidence-based medicine is small. Currently, the results of clinical trials have convincingly proven that drug-eluting stents are more effective than conventional stents. This creates conditions for increasing the efficiency of endovascular myocardial revascularization and obtaining long-term results comparable to open surgical methods of treatment.

Further accumulation of experience and analysis of long-term results can make it possible to draw final

Conclusions about the effectiveness of various methods of myocardial revascularization in patients with chronic occlusion of the coronary arteries.

THE MAIN APPLICATIONS OF CHITOSAN AND MATERIALS BASED ON IT

Kasimova N.J.

Department of Propaedeutics of Internal Diseases
Andijan State Medical Institute

Introduction. Many researchers call chitosan a substance of the twenty-first century and this is not accidental, because it is being studied in more than 15 countries, and more than 70 directions of its practical application, as well as its derivatives, are already known.

The most important branches of chitosan application are biotechnology and ecology, food industry, medicine, cosmetics, agriculture and veterinary medicine. Chitosan is known to have some advantages over chitin, since some of its derivatives are soluble in water.

For many millennia, mushrooms containing chitin have been used to give meat flavor to food. When microcrystalline chitin is heated to cooking temperatures, it forms substances that form the taste of fried food and the aroma of many foods.

The **Purpose of the study.** The aim of the study was to find water-soluble components that would be compatible with meat protein and reduce its spoilage. Chitosan is able to intensify the taste and smell of products.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Materials and methods of research. To fulfill our task, we selected a total of 250 patients with atherosclerosis in 2019-2021 who used Chitosan in the treatment.

The results of the study. As a result, new materials based on the chitosan biopolymer have been obtained, the synthesis of which is complicated or impossible with the use of liquid-phase solution and melt technologies.

It is established that the joint plastic deformation of the studied solid mixtures containing chitosan and organic reagents at temperatures below their softening or melting temperatures, mainly in the range of 0.5-7.7 GPa (°C), leads to dispersion of the mixture components at the segmental-molecular level, and is accompanied by their interaction with the formation of hydrogen, ionic and covalent connections.

Overcoming the diffusion limitations due to the applied mechanical action in the selected conditions of the processes leads to a high degree of conversion of functional groups of reagents. This is shown by the example of many pairs of reagents - chitin with alkali, chitosan with carboxylic acids, lactide, trypsin, etc., and is consistent with existing ideas in the field of the theory of mechanochemical synthesis about the preference of low temperatures for the effective course of solid-phase chemical reactions.

It is shown that the conditions of the processes: pressure, the amount of applied shear deformation (processing time), temperature and the ratio of components have a significant effect on the degree of conversion of functional groups of reagents and are selected individually for each reaction system depending on its mechanical properties. The degree of useful use of low-molecular reagents and the degree of grafting of synthetic polymer chains are maximal with a mass content of polysaccharide in the range of 40-60%.

The conditions of deformation of solid mixtures of chitosan with low molecular weight reagents leading to the formation of acyl derivatives of chitosan with high yield are determined. The influence of the degree of acylation on the solubility of chitosan in an aqueous medium is considered, the physicochemical and sorption characteristics of film and spongy macroporous materials from acylated and salt forms of chitosan are determined depending on the introduced counterion or substituent.

It is established that the degree of conversion of reagents and the direction of the reaction during solid-phase synthesis depend on the chemical activity of the functional groups of reagents under the selected reaction conditions. Thus, chitosan acylation reactions proceed mainly by amino groups, and not by hydroxyl groups of the polymer, consistent with the difference in their nucleophilicity in the absence of catalysis.

Conclusion. The study of the structure of chitosan and its derivatives showed a high chemical uniformity of the products of solid-phase reactions. At the same time, the time and temperature required to obtain high-yield products under the influence of pressure and shear are significantly less than in the corresponding liquid-phase processes.



TREATMENT OF ACUTE GYNECOLOGICAL DISEASES IN GIRLS AND ITS COMPLICATIONS

Khaidarov NS, Khojiyev XM, To'ychiev BA, Abdulkhakhorova MA
Republic urgent medical help scientific center Ferghana branch

ANNOTATION

gynecological diseases in girls during 2022 are discussed and compiled. Clinical manifestations are discussed depending on the date and diagnostic methods. Post-treatment statistics and results are presented.

Key words: laparoscopy , torsion of the cervix, apoplexy , adhesion disease, acute gynecological , ovarian cyst .

Urgency : Abdominal cavity in girls The problem of a comprehensive approach to the treatment and prevention of adhesion disease is urgent, taking into account the severity of the process, the significant number of injuries, and the development of dangerous complications, especially characteristic of early and young age, as well as the reproductive development of girls and the possibility of having children in the future remains. Especially after gynecological diseases, the disease has significantly increased in girls, which requires a serious approach to this disease.

The purpose of our study is abdominal cavity in girls Analysis of traditional and laparoscopic operations in the prevention of adhesion disease and predicting the risk of their complications .

Materials and methods : in 2022, 168 female patients with ovarian apoplexy (61 (36.3%) and rupture and twisting of ovarian cysts) came to RShTTYoIMFF emergency pediatric surgery and emergency gynecology department in 2022. 120 of the patients treated operatively: 39 (23.2%) with apoplexy , 9 (5.3%) with ovarian cyst rupture and torsion were treated with conservative treatment. Out of 120 patients who underwent operative treatment, 22 (18.3%) apoplexy cases were performed laparoscopically , 98 (81.7%) cases were due to rupture and twisting of the ovarian cyst , 58 (59%) cases were laparoscopically treated, 40 (41%) cases were laparotomy treated operatively.

Results that's it shows that the operation type and method according to two to the group being received results analysis done. Traditional method operation done of patients from surgery after different in 28 (70%) people different complaints with appeal they did These patients must stick intestine eclipse with 3 people the patient again appeal by doing of them to the hospital laid down being in 2(5%) of them mergers separate operation done.

Laparotomy from the operation after in the hospital average treatment 7-10 a.m the day continue reached. Laparoscopic method done operation in patients to us again appeal those who did it didn't happen and laparoscopic operation done patients average treatment treated for 3-5 days came out .

Transferred studies belly space must stick the disease come at the exit from operations traditional road with operation done in patients meeting a lot observed . Moreover this method with belly curtain and to the intestines excess injuries delivery level abundance because of contracts fruit to be possibly as high as possible remains _ From this except in patients the



stomach intestine of activity functional disorders (eating of order violations) were observed . These changes control to do contracts fruit to be sorry in advance guess to do possibility will give and risk factors analysis do , in them complications development and treatment optimization enable gave.

Conclusion : Sharp gynecological diseases operative in treatment complications prevention get in order to in patients prophylactic measures take to go need is showing .

Main attention :

- 1 . Surgery intervention stage prevention : methods and in technologies changes main factors effect to reduce directed surgery procedures i.e operations loperoscopic the approach development and possibility until traditional of methods less use.
2. Long term prevention - improvement through indirectly effect : rational nutrition , physiotherapy , massage , therapy tools through food digestion to do tract performance physical education and others.

TO ASSESS LIVER MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE NORM AND FEATURES OF THE CHARACTER OF ITS CHANGES DURING CHRONIC ALCOHOL INTOXICATION.

Khamroev Kh.N.
Bukhara State Medical Institute

Alcoholism is a very common cause of chronic liver disease. One of the main signs of alcoholism is significant alcohol consumption: men - more than 210 g of pure ethanol per week, women - more than 140 g of pure ethanol per week. The consumption of alcoholic beverages is growing all over the world, but in Russia this phenomenon is becoming a national disaster due to the increase in the amount of alcohol consumed per capita, which has reached 14.5 liters per year, the wide distribution of its surrogates and counterfeits, already noted in this regard. genetic changes in some groups of Russians.

The purpose of the work: To assess the morphological changes in the liver in the norm and the characteristics of the nature of its changes in chronic alcohol intoxication.

Material and methods: The study was carried out in the laboratory of the Department of Anatomy and Clinical Anatomy (OHTA). The object of the study were sexually mature (at the age of 3 months, 6 months) outbred white male rats weighing 250–280 g (n=20). The control group consisted of 10 intact male rats. The choice of this type of laboratory animals is primarily due to the possibility of extrapolation of alcohol-induced organ and tissue changes in rats to those in humans. In addition, this was facilitated by the morphophysiological features of outbred white rats (lack of aversion to ethanol, the absence of a gag reflex to its action, the constant filling of the stomach with food), the simplicity of maintenance and the ease of performing various procedures with them (fixation, the **Introduction** of solutions of



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



substances using a probe, etc.). d.). Animals were kept in cages with sawdust, 5 animals each, at a temperature of +20–22°C with free access to water and food, the same for all rats.

Results and discussion: As a result of the microscopic examination carried out during the experiment, the following results were obtained. Chronic alcohol intoxication caused by the **Introduction** of ethanol in doses of 2, 4 and 8 ml/kg led to morphological changes reflecting the destructive effect of ethanol on the liver. This was manifested by focal mononuclear and lymphocytic infiltration, blood filling of the vessels of a high degree, as well as necrotic changes in the cells of the liver parenchyma. These changes were recorded as early as 30 days after the administration of alcohol, and their severity was higher with an increase in the dose of ethanol administered. The results of our study also showed that in the dynamics of alcohol intoxication, hepatocytes from different zones of the liver acinus enter into response. With alcohol intoxication caused by intragastric administration of a 40% ethanol solution at doses of 2 and 4 ml/kg of body weight, fatty vacuoles and lipofuscin granules were found in the cytoplasm of hepatocytes. Non-crotic cells of the liver parenchyma were located mainly in the centrilobular zone of the acinus. With the **Introduction** of ethanol at a dose of 8 ml/kg, hepatocytes with signs of alteration and necrosis were detected to a greater extent in the centrilobular and intermediate zones of the acinus. An increase in the functional load on the liver of experimental animals during alcohol intoxication led to the formation of single small lipofuscin granules in it in the peripheral zones of the hepatocyte cytoplasm, in comparison with the control group. But the experimental groups differed in the time of detection of the presence of lipofuscin granules: at a dose of ethanol of 2 ml/kg of body weight, lipofuscinosis was recorded by 4 hours of exposure, at a dose of 8 ml/kg of body weight - by 2 hours, and at a dose of 4 ml/kg of body weight - 1 hour after the start of the ethanol intoxication experiment. Primary granules of lipofuscin appeared perinuclearly in the zone of the most active metabolic processes. During intoxication with ethanol at doses of 2, 4 and 8 ml/kg, a statistically significant positive correlation ($r=0.43-0.49$; $p<0.05$) was found between the severity of lipofuscinosis and fatty degeneration of hepatocytes.

Thus, based on the data obtained as a result of an experimental study, it follows that chronic alcohol intoxication caused by repeated administration of ethanol leads to the development of morphological changes in the liver tissue, indicating the toxic and destructive effects of ethanol. These toxic and destructive changes at the cellular, tissue and organ levels were characterized by varying degrees of severity, directly dependent on the dose of ethanol administered, the concentration of alcohol in the blood and the duration of alcohol intoxication.



OPTICAL COHERENT TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF LEUKOPLAKIA OF THE MUSCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY.

Khasanova N.M.

Bukhara State Medical Institute

Target -improving the quality of diagnosis of various forms of leukoplakia based on clinical manifestations, according to the method of optical coherence tomography (OCT)

Material and methods. To achieve this goal, in the department of the Bukhara branch of the Bukhara branch republican specialized scientific and practical medical center for of oncology and radiology, a comprehensive clinical and laboratory examination of 93 patients (48 men and 45 women) aged 27 to 74 years was carried out. The flat form of leukoplakia was observed in 39 patients. The clinical picture was somewhat different depending on the localization of the process. The most common localization of foci of flat leukoplakia was the mucous membrane of the cheeks, especially the corners of the mouth and the line of closing of the teeth. All patients underwent optical coherent tomography (OCT study) for the purpose of early diagnosis of the disease.

Results and discussion. OCT signs of flat leukoplakia: the lower layer is brighter than the upper one; the top border of the image is even; the brightness of the upper layer is higher than normal; height increased compared to the norm; the lower layer is heterogeneous, high brightness, corresponds to the connective tissue stroma; the depth of the informative image in most areas is >1.5 mm. An OCT study of verrucous leukoplakia reflects the following morphological features: the image is layered (3 horizontally oriented layers are visualized - between the 2 layers usual for OCT, an inhomogeneous weakly scattering (dark) layer is formed, corresponding to the zone of interpenetrating elongated acantholytic epithelial outgrowths and papillomatous stromal papillae with dilated capillaries in them; the boundary between the layers is not sharp, tortuous, in some places intermittent; the upper border of the image is uneven due to verrucous outgrowths; the upper layer is heterogeneous; the height is increased compared to the norm; the depth of the informative images in most areas >1 mm In erosive form of leukoplakia, OCT images were homogeneous, devoid of structure, bright, the depth of the informative image is <1 mm. the tomogram is visualized as a homogeneous image with a small signal depth or its absence.

Histological examination revealed 10 areas of unchanged mucosa, 35 areas of leukoplakia without atypia, 16 biopsies of leukoplakia with varying degrees of dysplasia from SIN 1 to SIN 3; 21 patients were diagnosed with squamous cell carcinoma.

Histological examination of the biopsy material in patients with hyperplasia shows an increase in the basal, prickly (acanthosis) or superficial (hyper-, parakeratosis) layers of the epithelium without any cellular atypia. A slight increase in cell density and cellular atypia can be observed against the background of inflammation.



Conclusions.

1. Based on the foregoing, the data of OCT studies of the epithelium can contribute to the recognition of benign or malignant processes in this disease and be a clinically useful addition to standard histomorphological studies.
2. The necessary algorithm for the diagnosis of various forms of leukoplakia is the use of clinical methods, OCT, histological methods; This approach allows the practitioner not only to make a correct diagnosis, but also to diagnose the initial stages of malignancy.

FORMATION OF CARDIAC MUSCLES WITH HYPOPARATHYROIDISM

Khidirova G.O., Tursinbaeva Z.A.

Department of Anatomy, Pathological Anatomy TashPMI

Relevance: Hypoparathyroidism is the result of the body producing too little parathyroid hormone (PTH). PTH helps to regulate the levels of calcium and phosphate in the body. Patients with hypoparathyroidism may have a higher risk of heart problems. Medical literature contains examples of patients experiencing a number of complications related to hypoparathyroidism, including heart arrhythmias (irregular heartbeats) and dilated cardiomyopathy (a condition in which the part of the heart that pumps blood to the rest of the body becomes stretched, thin, and weak). Both of these issues can make it harder for the heart to pump blood to the rest of the body.

Objective of the study: The parathyroid glands are critical to maintaining calcium homeostasis through actions of parathyroid hormone (PTH). Recent clinical and molecular research has shown that direct and indirect actions of PTH also affect the heart and vasculature through downstream actions of G protein-coupled receptors in the myocardium and endothelial cells. One study found that patients with hypoparathyroidism also may have cardiovascular autonomic neuropathy (CAN), a condition that primarily affects people with diabetes. CAN is due to the dysfunction of the autonomic nervous system and can lead to fatigue, arrhythmia, dizziness, abnormal blood pressure, and sudden heart attacks.

Materials and methods of research: Recent studies indicate that cardiomyocyte and smooth muscle physiology is impacted by PTH. Structurally, PTH is a peptide hormone composed of 84 amino acids, with the biologically active portion comprising the first 34. This moiety binds to target organ PTH1R, which is a G-protein-coupled receptor with seven transmembrane domains. Depending on the target organ, subsequent activation of this receptor usually involves either downstream activation of adenylyl cyclase and protein kinase A pathway or phospholipase C/protein kinase C (PKC) pathway

The results of the discussion: Parathyroid hormone has direct and indirect actions on cardiovascular cells (cardiomyocytes and smooth muscle cells) through downstream signaling of heart G protein-coupled receptors. Such actions exert changes in contractility, proliferation,



and hypertrophy of the cardiac myocytes. On the vasculature, PTH is a vasorelaxant agent acting directly on vascular smooth muscle cells. The effects of excess PTH on the cardiovascular system are well-known and are associated with a higher incidence of hypertension, left ventricular hypertrophy, heart failure, arrhythmias, and calcific valve disease. On the other hand, the effects of the chronic deficit of PTH on cardiac morphology, function and conduction is still unclear.

Conclusion: Both the direct action of PTH on the heart and alterations of calcium homeostasis (e.g., hypercalcemia or hypocalcemia) comprise the two primary mechanisms by which diseases of the parathyroid affect the cardiovascular system. Patients with disorders of the parathyroid gland have higher incidences of hypertension, arrhythmias, left ventricular hypertrophy, heart failure, and calcific disease which translate into increased cardiac morbidity and mortality.

TREATMENT OF ACUTE GYNECOLOGICAL IN GIRLS ITS COMPLICATIONS

Khojiyev XM, To'ychiev BA, Abdubositov AA

Republic urgent medical help scientific center Ferghana branch _

ANNOTATION

gynecological diseases in girls during 2022 are discussed and compiled. Clinical manifestations are discussed depending on the date and diagnostic methods. Post-treatment statistics and results are presented.

Key words: laparoscopy , torsion of the cervix, apoplexy , adhesion disease, acute gynecological , ovarian cyst .

D disease : Abdominal cavity in girls The problem of a comprehensive approach to the treatment and prevention of adhesion disease is urgent, taking into account the severity of the process, the significant number of injuries, and the development of dangerous complications, especially characteristic of early and young age, as well as the reproductive development of girls and the possibility of having children in the future. remains. Especially after gynecological diseases, the disease has significantly increased in girls, which requires a serious approach to this disease.

The purpose of our study is abdominal cavity in girls Analysis of traditional and laparoscopic operations in the prevention of adhesion disease and predicting the risk of their complications .

Materials and methods : in 2022, 168 female patients with ovarian apoplexy (61 (36.3%) and rupture and twisting of ovarian cysts) came to RShTTYoIMFF emergency pediatric surgery and emergency gynecology department in 2022. 120 of the patients treated operatively: 39 (23.2%) with apoplexy , 9 (5.3%) with ovarian cyst rupture and torsion were treated with conservative treatment. Out of 120 patients who underwent operative treatment, 22 (18.3%) apoplexy cases were performed laparoscopically , 98 (81.7%) cases were due to rupture and



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



twisting of the ovarian cyst , 58 (59%) cases were laparoscopically treated, 40 (41%) cases were laparotomy . treated operatively.

Results that's it shows that _ of the operation type and method according to two to the group being received results analysis done _ Traditional method operation done of patients from surgery after different in 28 (70%) people different complaints with appeal they did These patients must stick intestine eclipse with 3 people the patient again appeal by doing of them to the hospital laid down being in 2(5%) of them mergers separate operation done _

Laparotomy from the operation after in the hospital average treatment 7-10 a.m the day continue reached _ Laparoscopic method done operation in patients to us again appeal those who did it didn't happen and laparoscopic operation done patients average treatment treated for 3-5 days came out .

Transferred studies belly space must stick the disease come at the exit from operations traditional road with operation done in patients meeting a lot observed . Moreover this method with belly curtain and to the intestines excess injuries delivery level abundance because of contracts fruit to be possibly as high as possible remains _ From this except in patients the stomach intestine of activity functional disorders (eating of order violations) were observed . These changes control to do contracts fruit to be sorry in advance guess to do possibility will give and risk factors analysis do , in them complications development and treatment optimization enable gave _

Conclusion : Sharp gynecological diseases operative in treatment complications prevention get in order to in patients prophylactic measures take to go need is showing .

Main attention :

- 1 . Surgery intervention stage prevention : methods and in technologies changes main factors effect to reduce directed surgery procedures i.e operations loperoscopic the approach development and possibility until traditional of methods less use _
2. Long term prevention - improvement through indirectly effect : rational nutrition , physiotherapy , massage , therapy tools through food digestion to do tract performance. physical education and others _

APPLICATION OF THE DRUG FAGIO FOR CHILDREN WITH CHRONIC TONSILLITIS AND ACUTE RHEUMATIC FEVER.

**Kuchkorov Sh.B., Bakhronov J.J., Muhiddinzoda R.N.
Samarkand State Medical University**

Actuality. Chronic tonsillitis is one of the most common diseases of the upper respiratory tract, as it occurs in 12-15% of children. Infection in the tonsils is often a trigger for pathological changes in the cardiovascular system, kidneys, connective tissue, and endocrine organs. Treatment of chronic tonsillitis presents certain difficulties. Antibiotics, antiseptics,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



sulfonamides, analgesics, nonsteroidal anti-inflammatory drugs and many others are used to treat chronic tonsillitis. Its effectiveness depends to a greater extent on the choice of treatment method.

Purpose of the study. To determine the effectiveness of the drug Fagio for the treatment of children with chronic tonsillitis and acute rheumatic fever, to improve treatment results. Currently, we have examined 86 children with ORL and analyzed 300 case histories hospitalized in the children's department of the Samarkand State Medical University clinic number 1 for the period 2018-2020. Analysis of the course of rheumatism in children in recent years has become easier, respectively, less pronounced in most patients now and the emptying of the heart. Echocardiography studies have shown that in the present time more changes occur in the tricuspid valve in the form of regurgitation and sealing of the tricuspid valves, although in previous years the mitral valve is known to be most often affected. In recent years, the increase in the proportion of children with chorea has also changed.

Materials and methods. We examined a total of 104 children, including 54 with chronic tonsillitis and 50 children with acute rheumatic fever aged 7 to 14 years. In the study, children were taken who had an exacerbation of the disease and streptococcus was sown with bacterial seeding of a smear from the throat.

Group 1: 24 children with chronic tonsillitis; Group 2: 30 children with acute rheumatic fever; Group 3: Follow-up observations were carried out during the year. Children of the first and second groups along with the standard treatment used the drug Fagio, and the third group received only standard treatment. To assess the effectiveness of the drug in children with chronic tonsillitis, a visual 5-point system of dynamics of subjective and objective data was used. For 0 points they took the absence of this symptom, for 5 points - its maximum manifestation.

The effectiveness of treatment was also determined by reducing the microbial contamination of the tonsils before and after treatment (on the 10th day).

The drug Fagio exhibits a high therapeutic potential against pathogenic and opportunistic microorganisms. There were no side effects from the use of the drug. The efficacy of the drug in children with acute rheumatic fever was assessed by the frequency of exacerbations during the year and a decrease in microbial contamination of the tonsils.

Results. Before treatment, hyperemia and infiltration of the mucous membrane of the palatine arches in the first and second groups was 4.80 ± 0.37 points, in the third control group — 4.70 ± 0.35 points. On the 5th day, 56 (87.5%) children of the first and second groups decreased to 2.10 ± 0.44 points and in 12 (60%) children of the control group — to 2.90 ± 0.38 points. After 10 days, in 60 (93.75%) children of the first and second groups, this indicator was 0.8 ± 0.5 points, in 16 (80%) people of the control group — up to 1.30 ± 0.41 points ($p < 0.05$).

Follow-up observations of the analysis of exacerbations of acute rheumatic fever revealed that in children receiving Fagio, exacerbation of the disease during the year was observed only in 4 (4.8%) patients, while in the control group, exacerbations were observed in 12 (14, 3%) children.



Conclusion. Thus, the use of Fagio in children with chronic tonsillitis makes it possible to achieve a pronounced, persistent clinical effect, and in children with acute rheumatic fever to reduce the number of exacerbations, which makes it possible to recommend this drug for practical use in complex treatment in this category in children.

ACTIVATION OF DNA METHYLATION PROCESSES DURING SUBTOTAL LIVER RESECTION

**Anastasia Yurievna LAPTIYOVA, Alexander Alekseevich ANDREEV,
Anton Petrovich OSTROUSHKO**

Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Voronezh, Russia

Scientific supervisor: MD, Prof. A.A. Glukhov

The aim of the work: improve the results of prevention of acute hepatic insufficiency after subtotal liver resection, by intraoperative stimulation of DNA methylation of hepatocytes.

Materials and methods of research: Experiments were performed on 196 sexually mature male Wistar rats in 8 groups. All animals underwent typical resection of ~ 70% of the liver volume (G. Higgins and R. Anderson model). In the 1st control group, prevention of postresection hepatic insufficiency was not carried out; in the 2nd control group 1 ml of 0.9% sodium chloride solution was intrahepatic administered; in the 1st experimental group 1 ml of cyanocobalamin was intrahepatic administered; in the 2nd experimental group, 1 ml of cyanocobalamin was intraperitoneal; in the 3rd experimental group, intrahepatic 1 ml of ademethionine; in the 4th experimental - 1 ml of ademethionine intraperitoneally; in the 5th experimental – intrahepatic 0.5 ml of ademethionine and cyanocobalamin; in the 6th experimental – intraperitoneal 0.5 ml of ademethionine and cyanocobalamin. General clinical, biochemical, and histological methods were used to evaluate reparative processes. Statistical processing was performed using the Statistica 6.0 program. To assess the reliability of the differences, the Student comparison criterion was used. The differences were considered significant at the significance level of $p < 0.05$.

Results of the study: By the 14th day of the study in the 1st experimental group, liver recovery was observed to $96.15 \pm 4.58\%$ of the initial weight, the indicators of the remaining groups did not exceed 88%. In a biochemical study by 14 days in the 1st experimental group, normalization of biochemical parameters was noted in $94.05 \pm 4.16\%$ of animals, in the 2nd and 4th experimental groups - in $75.48 \pm 2.24\%$ and $82.47 \pm 2.08\%$ of animals, respectively. In the remaining experimental groups, deviations of indicators were observed in more than 50% of animals. By the 14th day in the 1st experimental group, normalization of oxidative stress indicators was noted in $87.01 \pm 4.80\%$ of animals. When liver sections were stained with hematoxylin and eosin, an increase in the number of binuclear hepatocytes was observed from 1 to 14 days in all experimental groups, the highest indicator in the 1st experimental group was



19.08± 2.87%. When studying liver sections stained with silver impregnation, the quantitative ratio of parenchymal and stromal components was violated in the 3rd and 5th experimental groups, the number of reticular fibers exceeded normal values by 44.01 ± 3.38% and 71.25± 5.12%, respectively.

Conclusions. The developed method of potentiation of hepatocyte DNA methylation makes it possible to significantly increase the reparative potential of the liver, improves the results of treatment of acute liver failure after subtotal liver resection, helps restore the functional and anatomical integrity of the liver.

ANALYSIS OF DNA REPAIR CAPACITY OF PERIPHERAL BLOOD LYMPHOCYTES FROM ASTHMATIC PATIENTS TREATED WITH ORAL CORTICOSTEROIDS

Lintsov A.E.

North-Western Mechnikov State Medical University - St. Petersburg, Russian Federation

Background Oral corticosteroids (OCSs) are commonly used in the long-term management of severe asthma, and the evaluation of possible effects of these medicines on DNA repair synthesis seems to be important.

The aim of this study was to investigate the intensity of the DNA repair synthesis in peripheral blood lymphocytes from asthmatic patients treated with OCSs.

Patients and Methods. The levels of spontaneous and UV-induced unscheduled DNA synthesis (UDS) in peripheral blood lymphocytes were evaluated for 58 asthmatic patients (aged 16-70 years) including 15 ones treated with prednisolone at 5-10 mg/day (group 1, n = 9), and at 15-30 mg/day (group 2, n = 5). The UDS intensity was detected by autoradiography method. The values of UDS were measured as the number of cells with DNA repair synthesis per 100 cells. Index of stimulation (IS) of DNA repair was determined as the ratio of UV-induced to spontaneous UDS values. The comparative group (group 3) consisted of 29 OCS-naive patients with similar severity. The control group included 15 healthy subjects.

The statistical analysis was carried out by Student's t test.

Results. The intensity of spontaneous UDS in lymphocytes of asthmatic patients (2.9 ± 0.20%) appeared to be significantly ($p < 0.02$) higher than that in the cells of healthy subjects (1.90 ± 0.30%). The levels of UV-induced UDS did not differ significantly ($p > 0.05$) in patients and healthy controls (6.6±0.43 and 7.4±1.2, respectively). At the same time the IS values appeared to be significantly ($p < 0.001$) lower in patients as compared with the control group (2.4±0.14 and 4.4±0.51, respectively).

We found that neither spontaneous UDS rates in patients from groups 1 and 3; 2 and 3 (2.7±0.52 and 3.5±0.32; 2.9±0.59 and 3.5±0.32, respectively, $p > 0.05$) nor UV-induced UDS levels (6.9±1.26 and 6.0±0.53; 6.5±1.49 and 6.0±0.53, respectively, $p > 0.05$) differed significantly.



These results suggest that the treatment with OCSs do not influence any significantly the rates of both spontaneous and UV-induced UDS. However, the IS values in patients of group 1 appeared to be significantly ($p < 0.02$) higher than those in OCS-naive (group 3) patients (3.0 ± 0.54 and 2.1 ± 0.09 , respectively).

Conclusions. We concluded that

the intensity of DNA repair synthesis is significantly altered in lymphocytes of asthmatic patients as compared with healthy subjects;

OCSs in doses used do not cause any significant alterations of DNA repair synthesis in lymphocytes of patients examined.

The significantly higher IS values in the group 1 of patients may be (partly) attributed to the anti-inflammatory effect of OCSs.

SPECIFICITY OF MICROBIOTICS IN CHRONIC RHINOSINUSITIS

Madaminova N.E.

**Assistant of the Department of Otorhinolaryngology,
Andijan State Medical Institute**

Microbiota is an integral part of the human body, which is actively studied, incl. methods of mass parallel sequencing. However, the microbiomes of the lungs and sinuses have only come under scrutiny in the last decade. For patients with cystic fibrosis, controlling airway microorganisms is important to preserve lung function. Elucidation of the role of sinuses and the presence of polyps in the formation of the microbiome of the respiratory tract became the goal of our study. We have shown that proteobacteria, also found in samples from the lower respiratory tract, are present in the sinuses already in childhood.

In the past 30 years, molecular biology techniques have allowed bacterial culture free studies of microbial communities, identifying microflora much more diverse than previously thought, including those in the upper respiratory tract. When available, studying the pathophysiology of the upper respiratory tract is necessary to establish the relationship between the microbiome and inflammatory patterns in order to find their clinical reflections as well as their possible causal relationships. Such research could shed light on the path to therapeutic approaches when correcting an imbalanced microbiome. In this review, we summarize the methods used and current knowledge of the microbiome of upper respiratory tract diseases, limitations and pitfalls, and identified areas of interest for future research. Microbes, which appeared about 3.5 billion years ago, are the oldest group of organisms currently existing on Earth.

Purpose of the study. Study of microbiotic conditions in chronic rhinosinusitis and prevention of pathological processes.

Research methods. The main approaches to analyzing human microflora are: culture-dependent and culture-independent methods. Culture dependent methods include the



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



isolation and cultivation of microorganisms prior to their identification according to morphological, biochemical or genetic characteristics. These methods are time-consuming due to culture and bias, as some media and growth conditions favor the growth of some bacteria over others. |

Research results. Summary of studies of chronic rhinosinusitis microflora; specimen type, technique used and genus determined Using culture independent (qPCR and 16S rRNA gene sequencing) methodology to identify the causative agent of chronic rhinosinusitis patients, including 57,407 pyrosequences were obtained. The most common ones were from Coagulase-negative staphylococci (100%), 21/21 specimens, *Corynebacterium* (spp specifically not *Corynebacterium tuberculo-stearicum*) (85.7%) 18/21, *P. acne* (76.2%), 16/21, and *Staphylococcus aureus* (66.7%) 14/21. Although these authors found significantly different distributions of 16S rRNA isolated from CRS versus nonCRS cases, neither the wealth nor the evenness indices showed statistically significant differences. In another approach using 16S rRNA genes clone sequences in a terminal fragment limiting polymorphism length assay (T-RFLP), bacteria present in 70 clinical samples from 43 CRS patients undergoing endoscopic surgery were characterized; a total of 48 separate groups were found. Species belonging to 34 genera were identified as present by clone sequence analysis. Of the species found, those in the genera *Pseudomonas*, *Citrobacter*, *Haemophilus*, *Propionibacterium*, *Staphylococcus*, and *Streptococcus* are found to be numerically dominant, *Pseudomonas aeruginosa*, being the most frequently found species. Another prospective study collected mucosal biopsies from 18 patients undergoing endoscopic surgery for ASB and 9 control patients with healthy sinuses (indicator: pituitary adenoma) compared a swab culture with bTEFAP (bacterial FLXencoded amplicon pyrosequencing tag). Standard cultures mainly showed *Staphylococcus aureus* and coagulase-negative *Staphylococcus aureus*, while molecular analysis identified up to 20 predominant organisms on a sample of *Staphylococcus aureus* was nevertheless detected in about 50% .; In addition, they discovered anaerobic species with unknown yet effects in the inventory of *Diaphorobacter* and *Peptoniphilus*. Interestingly, *Diaphorobacter* is described as a strong biofilm creator. Comparison of molecular analyzes shows that detection of microorganisms by fluorescence in situ hybridization (FISH) and culture is method dependent due to the abundance of the organism, in addition, cultivation tends to give the advantage of rapidly growing bacteria. Investigators use conventional culture, molecular diagnostics, and fish to detect *Staphylococcus aureus* as a standard.

Conclusion. New molecular techniques increase our chance of identifying new bacteria inside the nose and nasal cavities; as a key function of the host has evolved into high microbial pressure, they will show a very complex network of microbes and thus microbe-host interactions. On the host side, specific phenotypes and endotypes of CRS have been described as characterized by imbalances in Th1 and Th2 function. In CRSwNP patients, *Staphylococcus aureus* has been identified to unfold an effect on mucosal immune functions. The relationship between the microbiome and mucous membranes can be bidirectional, with pressure from bacteria and insufficient protection from the host. Research into how the specific effects of



bacteria on the immune response, nasal and sinus mucosal lining may shed new light on the pathophysiology of CRS and may lead to new strategies for its treatment.

EVALUATION OF MICROBIOTICS IN CHRONIC RHINOSINUSITIS

Madaminova N.E.

**Assistant of the Department of Otorhinolaryngology,
Andijan State Medical Institute**

The ubiquity and total capacity of the metabolic potential of microorganisms determine their most important role in the circulation of substances, maintaining dynamic equilibrium in the Earth's biosphere. Man and microbes exist inseparably with each other, thousands of species of bacteria, archaea, fungi and viruses are found in the human body. Considering their enormous influence on the vital activity of a macroorganism, modern science considers a person already as a superorganism, consisting not only of somatic cells, but also of a huge number of microorganisms. Thousands of years of interaction between microflora and the human body have taught a person with the help of the immune system not only to effectively defend against pathogens, but also to prevent autoimmune and allergic diseases - that is, they have developed the ability to immune regulation or modulation. New views on the interaction of the immune system with normal microbiota as an independent phenomenon that establishes relationships with symbiotic microorganisms is a modern approach to understanding living systems, clarifying various types of multidimensional interactions and a more complete understanding of complex phenotypes of allergic and other immune-dependent diseases. The growing availability of high-performance technologies has made it possible to carry out system-wide profiling of the genome, transcriptome, epigenome, microbiome and metabolome, has changed our understanding, providing the foundation for the study of asthma and allergy at a fundamentally different level, based on a new paradigm of complex interactions between the microbiome and its host, which can provoke or prevent the formation of respiratory disease.

Microbial changes have been associated with several human diseases. There is also evidence that, in the respiratory system, the composition of the respiratory microflora varies from healthy individuals to people with conditions such as asthma and cystic fibrosis (CF). Unfortunately, with limited research at this time, it cannot be contracted with the same degree of chronic rhinosinusitis (CRS). Investigation of the microbiome in the ABP Therefore, it is necessary to find out the pathophysiology of this disease, such as; 1) the relationship between the microbiome and inflammatory patterns, 2) possible causal relationships between the microbe and the CRS, 3) study of the microbiome of possible therapeutic properties. Dysregulation of interactions between the immune system and synanthropic bacteria is a factor contributing to the development and chronicity of a number of inflammatory diseases. Microorganisms in the intestine may play an important role in the regulation of helper T cells



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



(Th cells), regulatory T cells (Tregs) and dendritic cells, as well as the expression of the Toll-like receptor in the sentinel cell (macrophages and dendritic cells), which are related to respiratory diseases such as asthma and allergic diseases. Diseases of the upper respiratory tract, including allergic rhinitis, chronic rhinosinusitis with or without polyps, and cystic fibrosis are characterized by significantly different inflammatory profiles. Traditionally, research on the relationship of specific bacterial specimens to inflammatory disease profiles has been dependent on bacterial culture.

Purpose of the study. Study of microbiotic conditions in chronic rhinosinusitis and prevention of pathological processes.

Research methods. The main approaches to analyzing human microflora are: culture-dependent and culture-independent methods. Culture dependent methods include the isolation and cultivation of microorganisms prior to their identification according to morphological, biochemical or genetic characteristics. These methods are time-consuming due to culture and bias, as some media and growth conditions favor the growth of some bacteria over others. |

Research results. They found that the FISH assay had a sensitivity of 78% and a specificity of 93% when compared to molecular techniques. Data from methods with high sensitivity show that healthy sinuses are clearly not sterile, but show a wide variety of resident microflora. The nasal microflora of healthy subjects is mainly composed of members of the phylum actinobacteria (e.g. *Propionibacterium* spp. And *Corynebacterium* spp.), While the phylum Firmicutes (e.g. *Staphylococcus* spp.) And Proteobacteria (e.g. *Enterobacter* spp.) Are less common. It appears that the prevalence and abundance of organisms is critical in determining healthy conditions. Thus, similar to CF, the data in the inventory indicated that the microbiome is unique to each individual patient and the microbial community is diversified. As a general principle, decreased bacterial diversity correlated with disease severity in CF, while CRS patients had an altered microbial composition and a greater abundance of *Staphylococcus aureus*. There has not been a single general microflora profile in patients with similar clinical conditions in the studies done so far, although *Staphylococcus aureus* has been prominent in most studies. Thus, there is a clear need for a larger series of well-defined patients, selected and studied in an optimal way, as well as avoiding interference with recent antibiotic use in order to establish a link between the microbe and CRS disease. Limitations of Current Research Airway microbiome research has identified several important factors that may also affect CRS research. First of all, the inclusion of well-defined patients using pheno- and potentially endotypes of the upper respiratory tract disease, and the control group in significant numbers needs to draw well-founded

Conclusions. Moreover, recent antibiotic treatment for 1 month prior to collection can significantly reduce the microbiome diversity in samples, and contamination of bacteria from other organs such as skin must be taken into account. Factors that may disturb the collection or assessment procedures contaminate host DNA or RNA, the presence of viruses such as bacteriophages in samples that can affect the number and genes of microbes, and technical issues such as extraction methods (for example,



altered lysostaphin lysozyme a way to increase the isolation of staphylococcus DNA). Currently, most publications in human microflora studies have highlighted 16S rRNA sequences in bacterial identification. Their results may underestimate the level of diversity and microbial composition, exacerbation of chimera and pseudogenes and / or inappropriate primer selection. The metagenomic shotgun method can avoid these problems by omitting amplification and allowing the detection of gene content of complex microflora and comparison of functional gene content between samples, but may still have limitations, as described above, and in samples with low levels of microbial burden.

Conclusion. The relationship between the microbiome and mucous membranes can be bidirectional, with pressure from bacteria and insufficient protection from the host. Research into how the specific effects of bacteria on the immune response, nasal and sinus mucosal lining may shed new light on the pathophysiology of CRS and may lead to new strategies for its treatment. The manipulation of the microbiota, or the **Introduction** of a particularly healthy microbiota, may prove beneficial in the treatment of inflammatory diseases. Staphylococcus aureus and Pseudomonas aeruginosa are major disruptors in the development of persistent severe airway disease in ASD and CF patients. As bacterial resistance complicates the effectiveness of antibiotics, the use of probiotic bacteria as colonizers and antimicrobial agents that can inhibit the growth of pathogenic bacteria awaits further development.

IMPROVEMENT OF ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF OSTEOARTHRITIS OF THE HIP JOINT

Zarnigor Madumarova, Andijan State medical institute, Department of Medical Radiology, Clinical laboratory diagnostics, sanitary hygiene and epidemiology, Andijan, Uzbekistan

Background

Hip joint disease is one of the urgent problems of modern orthopedics, as it contributes to the rapid development of severe anatomical and functional inferiority of the musculoskeletal system, in particular in the elderly. For a long time, the method of X-ray diagnostics has been considered the base for differential diagnosis of osteoarthritis of the hip joint. There are significant imaging limitations of this method of radiation diagnostics, such as the detection of damage to the soft tissue and cartilage structures of the hip joint. The problem is that the complaints of patients and the clinical symptoms of the early stage of the pathological process of the hip joint do not correlate with the radiological signs of osteoarthritis. Due to the fact that the early stage of osteoarthritis is manifested by inflammation and destruction of cartilaginous tissue, and at a later stage by the appearance of effusion in the joint cavity, radiography cannot visualize the pathological process that has begun. Thus us, ultrasound examination of the musculoskeletal system is now becoming increasingly important.

Methodology.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



A total of 163 persons were examined, 103 of which were patients with osteoarthritis of the hip joint, 31 patients with rheumatoid arthritis, and 29 peoples of the control group. All patients underwent ultrasound, X-ray, laboratory examination and, as a reference method, MRI examination.

Results.

The results of a sonographic study showed a change in the shape of the femoral head in osteoarthritis (OA) of the hip joint (HJ) in adults: at grade 1, the sphericity of the head remained (96%), but at grade 2. there was a modification in the form of moderate flattening (42% of cases) and significant flattening at grade 3 (96%) and a sharp deformity with loss of shape at grade 4. Effusion in the joint cavity in patients with OA 1 tbsp. practically absent (1% of cases), with 2 tbsp. was noted in 10%, and in patients 3 tbsp. was visualized in 37% of cases, with rheumatoid arthritis (RA) effusion was present up to 90%.

Based on ROC analysis, indicators of RA manifestation were mild hyaline cartilage thinning ≤ 1.3 mm (sensitivity 94.1%, specificity 93.5%, AUC-0.964, $P < 0.001$), fibrous cap thickening ≤ 2.26 mm (sens. -83.3%, spec.-67.7%, AUC-0.766, $P < 0.001$), osteophyte sizes were > 4.4 mm (sens. -71.3%, spec.- 93.5% , AUC-0.893, $P < 0.001$). Assessment of blood flow in the lateral circumflex artery in RA showed sensitivity of peak systolic blood flow velocity (PSV) ≤ 24 (sens. - 32.1%, spec. - 82.6%, AUC-0.692, $P < 0.001$), and resistance index (IR) ≤ 0.77 (sens. - 52.9%, spec. - 93.5%, AUC-0.764, $P < 0.001$), and end-diastolic velocity (EDV) was not as sensitive > 4.4 (sens. - 42.7%, specific - 90.3%, AUC-0.582, $P = 0.079$).

Given these data, the main pathognomic ultrasound signs of RA were: synovitis with the presence of intra-articular effusion, thickening of the synovial and fibrous membranes and multiple synovial signals on power Doppler mapping, as well as increased blood flow in the lateral circumflex artery of the femoral head.

When comparing the data of grade 2 and 3 hip OA, there were significant results of osteophyte sizes with a specificity of 96.8% and a sensitivity of 100% (AUC-0.99 \pm 0.002, $P < 0.001$). Thinning of the hyaline cartilage thickness and thickening of the fibrous capsule were noted with a sensitivity of 74.2% and 54.8%, and a specificity of 93.3% and 100%, respectively (AUC-0.84 \pm 0.05 and AUC-0.6 \pm 0.085, $P < 0.001$ and $P = 0.154$). With PSS, CDS and IR indicators of the blood flow velocity of the lateral circumflex artery of the femoral head, their specificity is 100%, 96.8%, 64.5% and sensitivity is 100%, 96.8% and 87.1% (AUC-1.0 \pm 0.0, 0.99 \pm 0.007, 0.8 \pm 0.05, $P < 0.001$), which indicates a high reliability of blood flow velocities.

Based on the obtained data, the criterion for hip joint OA is the presence of osteophytes, deformity of the femoral head and thinning of the hyaline cartilage of the joint, and reduced blood flow in the lateral circumflex artery of the femoral head.

We have developed reliable threshold ultrasonic values of hip OA: at grade 1, hyaline cartilage is from 1.0 to 1.5 mm; from 0.8 to 1.0 mm, 3 tbsp. < 0.8 mm; sizes of osteophytes - in 1 tbsp. $> 4.0 \leq 5.1$ mm, in 2 tbsp. $> 5.1 \leq 7.0$ mm, at 3 st. > 7.0 mm; PSS of the lateral artery of the thigh at 1 st - $< 25.2 > 18.4$ cm / sec, in 2 st. $> 18.4 \leq 25.2$ cm / sec, and at 3 st. OA < 18.4 cm/sec; IR 1st. ≤ 0.76 , in 2 tbsp. > 0.75 , at 3 tbsp. > 0.78 .



Conclusion.

Thus, the possibilities of multiparametric sonography make it possible to accurately differentiate rheumatoid arthritis and osteoarthritis of the hip joint in the early stages, specifying the degree of damage to the process.

PREDICTION OF INTRAUTERINE DEVELOPMENT DELAY IN A CHILD WITH CHRONIC PLACENTAL INSUFFICIENCY

Makhmudova B.Sh.

Faculty of the Department of Advanced training and Retraining of Neonatology doctors
Andijan State Medical Institute

Relevance. Chronic placental insufficiency (CRF), as a widespread pathology of pregnancy and the perinatal period, has been studied for a long time, but continues to be one of the leading problems, far from being fully resolved. The incidence of PN in pregnant women is steadily increasing and currently reaches 30-70%.

The main clinical manifestations and outcomes of PN are chronic fetal hypoxia (CGP) and fetal growth retardation (SPD), which occupy one of the leading places in the structure of perinatal morbidity and mortality. These disorders of the intrauterine state of the fetus manifest themselves with varying degrees of severity, often combine and cause maladaptation of newborns in the postnatal period, which, of course, determines their health in subsequent years.

However, to date, there are no reliable methods for their early prediction. In this regard, it remains relevant to search for early predictors of the development of fetal pathology in PN (CGP and ZRP), which is important for the timely development of preventive measures.

The **Purpose of the study.** To find out the role of changes in the state of the free radical oxidation/antioxidant protection system and melatonin production occurring in conditions of chronic placental insufficiency in the genesis of intrauterine development of the child, to determine the principles of pathogenetic therapy for the prevention of adverse effects.

Materials and methods of research. To find out the gestational age of children with varying degrees of LVD, an analysis of 200 birth and development histories of newborns who had LVD was carried out.

The results of the study. In order to study the influence of maternal somatic pathology and pregnancy complications on the formation of central nervous system functions, an assessment of early neonatal adaptation, the state of posttonic and reflex reactions was carried out in 115 newborns in whom the cause of LVD was a complication of pregnancy with gestosis. The babies were born at > 36 weeks. It is known that by this time the processes of formation of the cyclic organization of behavioral states, postural, active and passive tone, as well as reflex reactions



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



are completed, which makes it possible to objectively assess the compliance of the functional maturity of the central nervous system with the gestational age of the child.

In women with pathology of several functional systems of the body (nervous, immune, endocrine, cardiovascular, gastrointestinal, genitourinary), subcompensated placental insufficiency is formed early during pregnancy, there is a discrepancy between the maturity of the placenta and the gestation period, pregnancy complications occur (threat of termination of pregnancy, severe forms of gestosis) and labor (anomalies, labor activity). The greater the severity of pathological changes in the placenta, the greater the degree of the child's sound.

In the presence of pathological immaturity of the placenta and the formation of subcompensated chronic placental insufficiency, the expression of melatonin in the placenta is increased, which is a protective compensatory reaction aimed at preserving the structure and function of this organ necessary to maintain the viability of the fetus.

In the presence of pathological immaturity of the placenta and subcompensated chronic placental insufficiency in newborns, there is not only a delay in growth and weight, but also a lag in the development of post-tonic and reflex reactions. At the same time, the most severe dissociated delay in the formation of tonic and reflex reactions is present in children with a symmetrical form of ASD and with grade III hypotrophy.

In full-term newborns with ASD, the cyclic organization of sleep is disrupted. In children with ASD without lagging in the development of functions

The central nervous system shortened the sleep cycle by reducing the duration of the orthodox and paradoxical phases. In the presence of dissociated delay in the development of CNS functions, undifferentiated activated or poorly activated sleep is recorded, which indicates a lag in the formation of the coordinating and integrative functions of the central nervous system.

During intrauterine development in conditions of subcompensated chronic placental insufficiency and, consequently, chronic hypoxia, full-term infants have low antiradical blood activity at birth, but at the same time its total antioxidant activity is increased and there is no correlation with the intensity of SEX, which indicates an imbalance of the SRO/AOS systems. There is a positive correlation ($g = 0.74$, $p < 0.05$) between changes in antiradical activity and urinary excretion of the main metabolite of melatonin - 6-sulfatoxymelatonin (6-SOMT).

Conclusion. The necessity of conducting electropolygraphic studies of the cyclic organization of sleep is shown and criteria for assessing the severity of central nervous system damage, the ability to restore and develop impaired functions are determined.



AGE-RELATED FEATURES OF GASTRODUODENAL DISEASES AMONG THE POPULATION INFECTED WITH THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

Maksumova D. K., Salohiddinov Z.S., Mamasoliev N.S.
Andijan state medical Institute

Introduction: Today, among the population with human immunodeficiency virus have been many clinical, experimental, epidemiological and preventive studies in which, first, there were considerable effectiveness in terms of risk factors and therapeutic continuum; secondly, developed common approaches to organizing and conducting epidemiological screening or preventive intervention. However, such studies among people with human immunodeficiency virus still has not been conducted.

Objective: of the research was to investigate the prevalence of chronic gastroduodenal diseases among the population with human immunodeficiency virus.

Materials and methods. Among a representative group of the population with human immunodeficiency virus 20-69 years was carried out epidemiological study. Used standardized and standardized questionnaires, clinical, instrumental and biochemical studies. Verification of the diagnosis of gastroduodenal disease in each patient was based on the analysis of clinical manifestations, optical information and data integrated research. In regional centres to combat acquired immunodeficiency syndrome specific and nonspecific methods for the detection of human immunodeficiency virus was carried out in accordance with the recommendations of the world health organization (2001).

Results. As can be seen from our data, the prevalence of chronic gastroduodenal diseases among the population with human immunodeficiency virus increases depending on age 48.1% or 2-fold ($p < 0.01$). In different age groups are marked as follows: 20-29 years - 44,2%, 30-39 years - to 59.6 % ($p < 0.05$), 40 -49 years – 92.3 % ($p < 0.01$), 50-59 years – 62.5 % ($p < 0.05$), 60-69 years of 0.0% and a 20 - 69 years -59.6 % .

The prevalence of peptic ulcer disease and chronic gastroduodenitis also observed with increase in age: 20-29 years, 35.5% and 8.6%, respectively ($p < 0.001$), 30-39 years – 46.4% and 13.2 % ($p < 0.001$), 40-49 years – 60.0% and 46.4 % ($p < 0.05$), 50 - 59 years - of 62.5% and 37.5 %.

Marked chronic superficial gastritis ($p < 0.001$), more than 3 times less chronic erosive gastritis ($p < 0.001$), in 7.4 times less superficial duodenitis ($p < 0.001$) and 11 times less ($p < 0.001$) chronic erosive duodenitis ($p < 0.0001$).

Conclusions In General, the study of the structure of human immunodeficiency virus chronic gastroduodenal diseases has shown that the days of detected up to 73.2 per cent and is marked by a strong reduction of erosive duodenitis (up to 6.6%), chronic superficial gastritis (up 8.3 %) and chronic superficial duodenitis (10.0 %).



ULTRASOUND MARKERS FOR PREDICTING PREMATURE BIRTH.

Mamadzhanova Sh.K.

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1

Andijan State Medical Institute

Relevance. An important and urgent problem of obstetrics and gynecology is premature birth (PR), having a significant impact on perinatal and morbidity and mortality. The use of transvaginal cervicometry is an objective non-invasive research method to determine the risk group for the development of PR.

The **Purpose of the study.** To determine the informational significance of an additional ultrasound marker-the utero-cervical angle (MSU) for predicting preterm labor (PR) during ultrasound cervicometry at 16-20 weeks of pregnancy.

Materials and methods. A survey of 340 pregnant women aged 20-35 years at the age of 16-20 weeks was conducted, using ultrasound cervicometry and measuring the magnitude of MSU. The analysis of the outcome of labor (PR or delivery on time) was carried out depending on the length of the cervix (CMM) and the size of the MSU.

Results. PR (up to 37 weeks) occurred in 32 patients (9.4%). In group 1 ($CMM \leq 25$ mm), PR occurred in 18 patients (56.3%), delivery on time - in 1 (0.3%) (OR 394,714 [CI 49,128-3171.289], $p < 0.05$); the value of MSU was $107.3 \pm 2.3^\circ$. In group 2 ($CMM 26-35$ mm), PR occurred in 11 patients (34.3%), delivery on time - in 147 (47.7%) (OR 0.574 [CI 0.267-1,230], $p > 0.05$); the value of MSU - $101.2 \pm 3.7^\circ$. In group 3 ($CMM > 35$ mm) PR occurred in 3 patients (9.4%), delivery on time - in 160 (52%) (OR 0.096 [CI 0,029-0,321], $p < 0.05$); the value of MSU - $92.6 \pm 3.8^\circ$.

The length of the CMM is ≤ 25 mm, predicted the risk of the onset of PR with a sensitivity of 56.3%, specificity of 99.7% ($p < 0.001$). The diagnostic effectiveness of the test is 95.6%. The average value of MSU at PR was $104.2 \pm 0.9^\circ$, at term delivery - $92.3 \pm 2.7^\circ$. When analyzing the relationship between the value of MSU and the onset of PR, it was revealed that with the value of $MSU > 105^\circ$, the frequency of the onset of PR was 81.2%, while in the group of those who gave birth on time, the value of $MSU > 105^\circ$ was found in 16.9% of cases (OR 21.333 [CI 8,363-54,418], $p < 0.05$). $MSU > 105^\circ$ predicted the risk of PR with a sensitivity of 81.3%, specificity of 83.1% ($p < 0.001$). The diagnostic effectiveness of the test was 83.1%.

The **Conclusion** of the MSU is a prognostically significant criterion for predicting PR.



MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHANGES IN FOREST TISSUE IN DIABETES MELLITUS

MASHARIPOV OTABEK SA`DULLAEVICH
URGENCH BRANCH OF TASHKENT MEDICAL ACADEMY

Relevance. Periodontal diseases are one of the most difficult problems of dentistry, since, despite the effectiveness of dental care, the number of patients remains very significant. Often such diseases occur against the background of pathology of the digestive systems, blood circulation, metabolic disorders and endocrine disorders (Lemetskaya T. I., 1997; Kirsanov A. I. et al., 1999; Garagan S. F., 2005; Bokarev I. N. et al., 2006; Alexandrov E. I., 2011; Kryuchkov D. Yu. with coauthor, 2014; Blashkova S. L. with coauthor, 2015; Juraeva S. F., Vorobyev M. V., 2016; Iacopino A. C., Cutler C. W., 2000).

Results. Oral hygiene, there was an abundance of mineralized dental deposits and soft plaque. The average values of IG in group 1 (patients with newly diagnosed diabetes mellitus) were 2.37 ± 0.37 points, in group 2 (patients with diabetes mellitus lasting more than 10 years) - 2.40 ± 0.40 points, without significant differences between the groups ($p > 0.05$). At the same time, the survey of patients of both groups according to the S.B. questionnaire showed sufficiently high values of the index of hygienic knowledge, which corresponded to a satisfactory and good level. Thus, the IGZ values in the 1st group were 2.70 ± 0.44 points, in the 2nd - 2.63 ± 0.45 points, with no reliable values between the groups. Based on the data obtained, it can be concluded that patients are sufficiently well informed about the rules of oral hygiene, but often do not have sufficient practical skills for its qualitative implementation. Improper use of oral hygiene products and methods convinces the patient of the futility of maintaining her hygiene. The purpose of preventive measures is to form motivation in patients to observe oral hygiene, as well as to help the patient in choosing hygiene products depending on the results of dental examination that are suitable for him. It is also important to differentiate the lack of desire to follow the doctor's recommendations with a lack of skills that need to be gradually worked out.

Clinical and radiological data and index assessment of the condition of periodontal tissues correspond to the picture of chronic generalized periodontitis of mild severity. Most of the examined patients had decompensated caries, there were teeth with various forms of chronic periodontitis requiring treatment or removal, the oral cavity was not sanitized. The average values of the CPU were: in the 1st group - 12.8 ± 5.2 units, in the 2nd group - 14.8 ± 3.8 units.

Conclusion. The periodontological status in the examined age group of patients with diabetes mellitus was characterized by complete absence of teeth (or single teeth) in 24.6% of the examined, 20.8% had chronic generalized periodontitis of severe severity, 26.9% had chronic generalized periodontitis of moderate severity and 20% had chronic generalized periodontitis of mild severity. Only in 7.7% of the examined inflammatory destructive changes on the part of periodontal tissues were not detected.



EFFECTIVENESS OF COGLUMET IN THE TREATMENT OF SARS-COV-2

MASHARIPOVA M. S., KHASANOVA D.A

Center for the Development of Advanced Training of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan.

Purpose of the study. Establishment of clinical efficacy and tolerability of the drug "Koglumet" in the treatment of SARS-CoV-2.

Materials and methods. The study included 36 patients receiving treatment at the Zangiota-2 Republican Specialized Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. The criteria for selecting patients for inclusion in the trials were the availability of clinical and laboratory data allowing the diagnosis of SARS-CoV-2. The patients were divided into two groups: the first control group (18 people) received basic therapy, including Favipiravir as an antiviral drug; the second main group (18 people) received the drug "Koglumet" containing 5 mg of the active substance. Clinical examinations included a general examination, respiratory rate, heart rate, body temperature measurement, subjective complaints were registered; biochemical and immunological tests: IgM, IgG, C-reactive protein (CRP), AIT, AsT; clinical tests: cogulogram, picture of peripheral blood; instrumental studies: PCR, CT scan of the lungs, pulse oximetry.

Results. Both drugs had an almost equivalent effect on the objective and subjective data of patients. In both groups, the INR (International normalized ratio) and APTT (Activated partial thromboplastin time) values both before and after treatment were within the normal range. The results of changes in the levels of immunoglobulins in the control group showed that the IgM values remained practically unchanged, on the fifth day of Faviparavir use (from 0.93 U / ml to 0.95 U / ml), and the IgG level increased from 17.9 to 26, 5 UE/ml. Under the influence of Favipiravir, the development of immunity against the delta strain of coronavirus requires a longer time. In the main group, the IgM values decreased by 4.2 times on the fifth day of Coglumet use (from 8.3 U/ml to 1.99 U/ml), and the IgG level from 29.7 to 48.5 U/ml. This means that "Koglumet", in terms of the formation of an immune response in case of coronavirus infection, is almost 2 times superior to "Favipiravir". Both drugs were sufficiently effective in normalizing the C-reactive protein index. The dynamics of the influence of both drugs on the parameters of pulse oximetry also had a similar character. In the CT studies, in contrast to the control group, patients of the main group showed a more rapid decrease (by the fifth day of treatment) of signs of lung damage. PCR studies conducted in both groups showed 100% viral invasion by the SARS-CoV-2 Delta strain.

Conclusions. The use of Coglumet in patients with COVID-19 was accompanied by a marked improvement in laboratory and instrumental tests; under the influence of Koglumet, a high immune response is formed in the shortest possible time; when combined with the generally accepted basic therapy, there were no cases of incompatibility and adverse reactions that required cancellation; based on the totality of the results obtained, it can be



concluded that the drug "Koglumet" can be used in the treatment of coronavirus infection SARS-CoV-2 as a therapeutic agent

IMPROVEMENT OF TREATMENT METHODS IN PATIENTS WITH MECHANICAL INSTABILITY OF THE ANKLE JOINT, AFTER RECONSTRUCTION OF INTERBERTIAL SYNDESMOSIS.

Minavarov R.A., Sodikov S.A., Olimova N.A., Isakov K.K.
Andijan State Medical Institute

Relevance. One of the most frequent pathologies in the practice of an orthopedic traumatologist is damage to the ankle joint, accounting for up to 20% of damage to the musculoskeletal system. The frequency of ankle ligament injuries among people of working age ranges from 12% to 40%, severe ankle fractures with damage to the deltoid ligament and rupture of distal tibial syndesmosis in 30% of cases end with an unsatisfactory result.

Keywords: ankle joint, tibial syndesmosis, ankle, intraosseous fixator, joint injury, fracture.

Goal. To confirm that lateral ligament reconstruction can improve posture control in patients with mechanical instability of the ankle joint.

Materials and methods: A total of 15 patients were included in the study. Each patient had a history of ankle sprain with persistent symptoms of ankle instability and a positive test for the front drawer, and he was treated without surgery for at least 3 months. In all patients, a rupture of the lateral ligaments of the ankle joint was diagnosed using ultrasound and magnetic resonance imaging. He underwent arthroscopic treatment and reconstruction of the open lateral ligaments of the ankle joint using a modified Brostrom procedure. The day before and 6 months after the operation, all participants underwent surgery on one limb and posture tests. To assess the clinical results in these patients, the anterior drawer test and an assessment on the scale of the American Society of Orthopedists of the Foot and Ankle Joint were used.

Results. 6 months after surgery, with patients' eyes closed, there was a significant decrease in anteroposterior posture, circumference area and total path length on the operated ankles compared to measurements before surgery. However, with the eyes open, no difference in posture was found before and after surgery.

Conclusion. Posture control has been improved by reconstructing the lateral ligaments.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



PREVENTION AND TREATMENT OF COMPLICATIONS IN URGENT AND ELECTIVE SURGERY USING INNOVATIVE TECHNOLOGIES

**Mirzaalimov S.T., Anorboyev Q.H.
Andijan State Medical Institute**

We conducted a comprehensive review of the literature on surgical complications and innovative technologies in surgery, including peer-reviewed studies, meta-analyses, and clinical trials. We focused on studies published within the last five years to ensure that our findings reflect the most current research in this area.

Surgical robotics: One of the most promising technologies in surgery is surgical robotics. Robotic systems can assist surgeons(1) in performing precise and complex surgical procedures, reducing the risk of complications and improving patient outcomes. Robotic surgery has been shown to reduce the risk of bleeding, infection, and other complications in both urgent and elective surgery. Examples of robotic systems used in surgery include the da Vinci Surgical System and the Versius Surgical System.

Other innovative technologies: Other innovative technologies that are being used in surgery include augmented reality (AR) and virtual reality (VR). AR and VR can help surgeons visualize and plan surgical procedures, reducing the risk of complications and improving patient outcomes. Additionally, new materials and techniques, such as tissue engineering and regenerative medicine, are being developed to improve the healing process after surgery.

Conclusion: Innovative technologies and techniques are changing the landscape of surgery(2), improving patient outcomes and reducing the risk of complications. Surgical robotics, 3D printing, AR and VR, and other technologies are revolutionizing the way surgeons approach both urgent and elective surgery. As research in this area continues to evolve, it is important for healthcare providers and patients to stay informed about the latest developments in surgical technology to ensure the best possible outcomes for surgical patients.

A NEW METHOD OF APPROACH TO THE TREATMENT OF ISCHEMIC HEART DISEASES

**Mirzaaxmedova I.Z., Delkasheva Sh.D., Xamidova M.I.,
Yakubbekova M.K., Umirzakova R.Z.
Andijan State Medical Institute**

The urgency of the problem: Software research EuroCaReD: by European Society of Cardiology, by European Society for the Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (14 countries of Western Europe) have revealed a correlation relationship prevention of cardiovascular diseases (CVD) and its complications. Evaluation of the effectiveness of preventive interventions in cardiology centers and "SCHOOLS for patients" is carried out in a number of studies



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



EUROASPIRE II (European Society of Cardiology), ASCOT-BPLA (Great Britain, Ireland, Scandinavian countries), EUR / ICP / IVST (Western Europe), CINDI, MONIKA, RELIF (Russia) and other studies (from 2000 to the present day). In addition, the effectiveness of cardiac rehabilitation programs is shown, the withdrawal of 30% of patients from the preventive program and a decrease in patients' adherence to the prevention of risk factors (RF) by 1.5-2 times.

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

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

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

Conclusion: insufficient compliance to therapy will serve as an additional risk factor for the unfavorable course of coronary artery disease. Our study proved that an increase in adherence



of patients with coronary artery disease to all methods of treatment can be achieved through the creation of motivation for treatment in patients in health SCHOOLS and keeping it by GPs for a long time.

INFLUENCE OF CORONAVIRUS OF SOME MENTAL DISORDERS

Mirzaev A.A., Agranovskiy M.L., Mýminov R.Ķ., Azimova G.A.

Department of Psychiatry and Narcology

Andijan State Medical Institute

Relevance. Despite the enormous role of epidemics and pandemics in the life of people and states, mental disorders during such periods have not been sufficiently studied. At the same time, any epidemic entails changes in mental processes and behavior, in fact, being a huge stress or emergency. All chronicles of plague epidemics testify to a change in people's behavior with immersion in excesses, debauchery and contempt for the laws. An increase in suicide was also noted.

Objective of the study: to describe the phenomenology and possible genesis of some mental disorders during the coronavirus pandemic.

Materials and research methods. Clinical psychopathological (interview), experimental psychological (MMPI, quality of life questionnaire). The study included 13 people aged 14–66 years who were in the field of vision of the AOPSA psychiatrist. Patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders were not included in the study.

Results: Mental disorders during the novel coronavirus pandemic represent a phenomenologically and etiologically diverse group. Age, gender and social status are not decisive. Probably the main role in the occurrence

These disorders are played by the previous mental and personal characteristics of the surveyed, such as the presence of borderline psychopathology, suggestibility, emotional dependence, the degree of stress resistance, the experience of loneliness, attitude towards death, the presence of somatic diseases.

Mental disorders during the coronavirus epidemic, according to preliminary data, do not fundamentally differ from disorders during other epidemics or when exposed to extreme factors. However, in this epidemic, long-term social isolation and constant explanations of its necessity could acquire pathogenic significance, which could cause long-term anxiety and depletion of psychological defense mechanisms.

Conclusions. Taking into account these factors and the risk of developing anxious fears in connection with the economic crisis, it seems appropriate to consider the epidemic of coronavirus infection as a medical and social phenomenon that requires a comprehensive psychological and psychiatric study.



GINGIVITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Muidinova Barno Askarovna
Department of Therapeutic Dentistry
Andijan State Medical Institute

Relevance. Inflammatory gum disease is common among people of all age groups, including more than half of children. Such diseases very often become the cause of other dental diseases and the loss of the teeth themselves. Therefore, it is simply necessary to identify and treat all diseases of the oral cavity, which can often go unnoticed. Gingivitis is one of the diseases of the dentition, which is characterized by inflammation of the mucous membrane of the gums. As for other tissues that are part of the gums, they remain unharmed during this disease. The ligamentous apparatus and bone tissue are not prone to changes. Basically, there is inflammation of the periodontium in the area of several teeth.

The purpose of the work: to identify the features of the clinical course of various forms of gingivitis and their prevalence.

Results. The level of hygiene education of children of primary school age (6-9 years old) is significantly lower than that of children of middle (9-12 years old) and older (12-16 years old) age, as evidenced by the indices of hygiene index (I): 3, 2, 2, 4 and 1, 6, respectively. Recording the I data separately for each tooth, the following fact was noted: the I indices on the teeth on the right side are slightly higher than on the left side. This fact can be explained as follows: the majority of people are right-handed, and therefore, when brushing their teeth, the left side is cleaned better than the right. The average values of the papillary-marginal-alveolar index (PMA) were: at the age of 6-9 years - 11%, 9-12 years - 17%, 12-16 years - 24%. 40% of those surveyed noted recurrent gum bleeding. High rates of prevalence of dentoalveolar anomalies were revealed: anomalies of occlusion - 58%, violations of the dentition - 25.3%, anomalies of individual teeth - 8.4%. The influence of unfavorable general and local factors led to a high prevalence of caries in the examined schoolchildren (92%) and periodontal pathology (19% in the junior school group, 46.1% in the middle school group and 68% in older schoolchildren). The main identified pathology of periodontal tissues is catarrhal gingivitis. However, about the combination of general and local risk factors for development, the severity of the inflammatory process increases markedly and severe forms of the disease.

Findings. 1. Based on the foregoing, we can conclude that the prevalence of periodontal disease among children and adolescents is very high. The most common disease is catarrhal gingivitis. 2. The most common causes of gingivitis are the unsatisfactory state of oral hygiene in children, the inattentive attitude of parents to the hygienic upbringing of the child, the presence of dental and jaw anomalies, as well as the presence of an aggravated general somatic status. As well as a combination of general and local factors in the development of inflammatory diseases of the marginal periodontium.



TYPE II DIABETES MELLITUS AND PREGNANCY: CLINICAL PERSPECTIVES

Nasirov F.Zh.

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

Relevance. Diabetes mellitus (DM) belongs to a group of metabolic diseases caused by a defect in insulin secretion, a violation of the action of insulin or a combination of these factors, which is accompanied by hyperglycemia. Type II diabetes is an insulin—dependent diabetes, is an autoimmune disease induced by an infectious process of viral etiology or other acute or chronic environmental stress factors against the background of a certain genetic predisposition. In some forms of type II diabetes, there is no convincing evidence of an autoimmune nature and the disease is considered idiopathic. Type II diabetes can also occur in people who are overweight or obese.

The **Purpose of the study.** Evaluation of the effectiveness of vascular complications in pregnant women with type II diabetes mellitus.

Material and methods of research. Curantil was used in 15 patients with type II diabetes mellitus in the II and III trimesters of pregnancy, clinical methods, determination of platelet count, blood clotting time. The results of the study were processed by the method of variational statistics with an assessment of reliability according to the Student's t criterion. The relationships between the parameters were revealed on the basis of linear correlation analysis. **The results of the study.** The average age of the patients was 24.4 ± 2.2 years, the duration of diabetes was 10.7 ± 4.4 years. The average gestation period at the beginning of treatment is 28 ± 5.5 weeks. all pregnant women had vascular complications of DM. 6 (40%) women had a combination of retinal angiopathy and encephalopathy, 5 (33.3%) pregnant women had grade II–III retinopathy in combination with encephalopathy, 26 of them had lower limb macroangiopathy.

In 4 (26.7%) pregnant women, the leading symptom of vascular complications was grade II diabetic nephropathy lasting from 4 to 9 years. In 8 pregnant women, type II diabetes was compensated, in 7 – subcompensated.

7 pregnant women had gestational hypertension, all of them received conventional therapy started before the use of curantil. The course of treatment with curantil was 12 days, the drug was administered orally at 75 mg. 3-4 times a day. 1 hour before meals or in / m and slowly in / in, the infusion rate should not exceed 200mcg / m. The daily dose is 150-200 mg.

Curantil is a drug that improves microcirculation, causes a decrease in the resistance of small resistive vessels, increases the delivery of oxygen to the myocardium and tissues, increasing the volume velocity of blood flow. It has an inhibitory effect on platelet aggregation, the drug increases the adenosine content (disrupting its reuptake) and also contributes to an increase in the concentration of c-AMP, due to the inhibition of the enzyme phosphodiesterase. Curantil



was used in the II and III trimesters of pregnancy, i.e., in the periods when the greatest progression of microangiopathies and the addition of gestational hypertension are observed. The effect of treatment was evaluated by comparing clinical and laboratory parameters, as well as indicators of the blood coagulation system. The number of platelets and the clotting time were determined by conventional methods.

Conclusion: Thus, type I diabetes requires obstetricians-gynecologists, endocrinologists and neonatologists to constantly improve education, introduce new methods of prevention, diagnosis and treatment of complications caused by diabetes in combination with pregnancy.

MODERN TREATMENT OF CHLAMYDIOSIS FOR THE PREVENTION OF REPRODUCTIVE LOSSES IN WOMEN WITH TORCH INFECTION

Nasriddinova K.P.

Department of Obstetrics and Gynecology. Andijan State Medical Institute.

Relevance of research. According to numerous observations, Chlamydia Trachomatis is the leading etiological agent of inflammatory diseases of the female genital organs leading to severe reproductive dysfunction. The frequency of detection of Chlamydia Trachomatis in women of reproductive age reaches 46%, and in the presence of a chronic inflammatory process - 70%. About 90 million new cases of chlamydial infection are registered annually in the world. This is due both to a true increase in the number of cases, and to the improvement of diagnostic methods. The spread of the infection is facilitated by limited awareness of the characteristics of this infection not only of the general population, but also of many medical workers. Until now, the treatment of genital chlamydia remains a serious medical problem, often requiring a repeated course of taking antibacterial agents. The aim of the study was to study the effectiveness of Zitrolide in the treatment of genital chlamydia.

Materials and research methods. Under observation were 28 women aged 19 to 49 years (average 37.2 ± 1.6 years) with genital chlamydia. None of the patients had previously been examined and received treatment for chlamydia. The history, gynecological examination data, bacterioscopy of vaginal smears, bacterial culture from the cervical canal, and the results of extended colposcopy were studied. As a therapeutic agent, Zitrolid was used 1 gram three times with an interval of 7 days - on the 1st, 7th and 14th days. The drug has a high therapeutic activity against chlamydia, is characterized by a long half-life, a high level of absorption and stability in an acidic environment. An important property of Zitrolide is its ability to be transported by leukocytes to the site of inflammation, to penetrate and accumulate inside phagocytes. Rumikoz was used as an antimycotic agent - 200 mg once a day on the 7th and 14th days of treatment with Zitrolide. When diagnosing a combined bacterio-viral and candidal infection, the treatment was supplemented with antiviral drugs, antimycotics, enzymes,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



desensitizing, and also immunomodulating therapy. The scheme of three-time intake of Zitrolid is designed for the characteristics of the biology of chlamydia. A break between doses of the drug is necessary for the formation of microcolonies of phagocytosed elementary bodies and their preparation for elimination by the next dose of the drug. This regimen of taking Zitralid allows you to abandon the existing long-term continuous courses of antibiotics, accompanied by side effects. Without fail, the urologist-andrologist prescribed treatment to the sexual partner. The effectiveness of the treatment was assessed on the basis of the dynamics of the patient's complaints of clinical signs of the underlying disease, comparison of laboratory data before and after the treatment. Results and discussions. The study of the reproductive history of the examined women showed its significant aggravation. Most of the patients - 24 (85.7%) - were multipregnant, multiparous, 9 (32.1%) had secondary infertility. 4 (14.3%) patients suffered from primary infertility lasting from 2 to 5 years. The majority had a history of chronic inflammatory diseases: uterus and appendages - 19 (67.9%), cervix and vagina - 25 (89.3%). Treatment of genital chlamydia with Zitrolide has shown convincing efficacy. The criteria for the cure of patients were the disappearance of pain in the lower abdomen and discharge from the genital tract. In patients with hypermenorrhea, the volume of menstrual blood lost decreased, the intensity of pain during menstruation decreased. When colposcopy marked the disappearance of swelling and hyperemia of the cervix. A control study of anti-chlamydial antibodies of class G 1.5 months after treatment showed a decrease in their level by 2.5-3 times compared with the baseline in 96.4% of patients (27 out of 28). A re-examination of this patient after 2 weeks also confirmed the effectiveness of the treatment in reducing the level of IgG. Almost all 28 examined patients had negative results of PCR diagnostics for Chlamydia Trachomatis. In addition, all patients noted the great convenience in using this drug in treatment. Three doses of Zitrolid with an interval of 7 days were preferable for both the patient and her sexual partner.

Conclusion. Thus, Zitrolid is a highly effective antichlamydial agent, convenient to use, allowing to achieve clinical recovery with complete elimination of the pathogen. A prerequisite for the effective treatment of genital chlamydia is taking the drug by both partners, otherwise reinfection is possible and there is a need for a second course of therapy.

PREVENTION OF REPRODUCTIVE PREGNANCY LOSSES IN WOMEN WITH TORCH INFECTION

Nasriddinova K.P.

Andijan State Medical Institute

The **Relevance** of research. Despite significant progress made over the past decades in various areas of obstetrics and gynecology, the problem pregnancy miscarriage remains far from a solution. Habitual loss pregnancy leads to women's negative emotional reactions, which, along with the identified structural and functional reproductive system disorders increase with



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



each unfavorable outcome pregnancy. TORCH infections play an important role in their etiology.

Purpose of the study. Prevention of pregnancy loss in women with TORCH infection and a history of miscarriage, improvement diagnostic measures and algorithms of medical actions in the first half pregnancy.

Materials research methods. A retrospective analysis of 103 women with a history of reproductive losses and a prospective analysis of 60 women, identified TORCH infections. Clinical and laboratory methods were used examinations: complete blood count, urine, blood type and Rh accessories, coagulogram, biochemical tests, incl. hormonal study in Andijan 2-maternity complex. As well as instrumental methods: Ultrasound of the fetus at various gestational ages.

Results and discussions. In our study, 60% of patients had a combination of 2 or more infections was determined. Of these, half of the women found cytomegalovirus and herpes. Monoinfections occurred in 25% of patients. In particular, in 10% toxoplasmosis, 20% rubella, 35% herpes, 15% cytomegavirus and 20% chlamydial infection. To prevent reproductive losses in our studies, we used drugs Utrozhestan 1 capsule 2 times a day, Tivortin IV drip 1 time a day and Viferon suppositories 3 million/U per rectum. The dose was changed depending on the pathogen.

Conclusion: With the help of preconception preparation for pregnancy in our women improved pregnancy outcome. And 98% of patients had successful timely childbirth. 2 women had preterm labor.

ANALYSIS OF ELECTRONEUROMYOGRAPHIC PARAMETERS OF PATIENTS WHO ARE SUFFERING FROM TYPE 2 DIABETES MELLITUS WITH ELEVATED BODY MASS INDEX

Nazarova G.T., Mukarramov Umidjon
Andijan State Medical Institute
Neurology chair

Relevance. It is true that, damage to the peripheral part of the nervous system in the syndrome of insulin resistance is associated with the presence of DM. Although scientists provided information the role of obesity in the development of neurological disorders, information about the leading role of increased body mass index remains controversial.

Research Material and Methods. The study was conducted on the basis of the clinic of the Andijan State Medical Institute (I, II and III neurological departments) and the Regional Endocrinological Dispensary. The inclusion criteria for patients in the study were the presence of verified type II DM (DM-2); disease experience of at least 5 years; age from 45 to 65 years; absence of focal brain damage according to MRI; signing of voluntary informed consent to participate in the study. Patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus (DM-2), 8 (40%) men



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



and 12 (60%) women, The first group consisted of 5 (25%) patients who did not have increased body weight (BMI < 25),. The second group included 15 (75%) patients whose body weight was above normal (BMI>25). All patients underwent a standard clinical and neurological examination and EMG exam.

The average temperature of the extremity, recorded using a thermal sensor when assessing nerve conduction, did not differ significantly in all patients. In group I it was 29.31 ± 3.120 C, in group II it was 27.45 ± 1.640 C. Patients of group II showed signs of severe axonal dysfunction, represented by a decrease in the amplitude of sensory and motor responses by more than 50%: the average value of the C-response of the sural nerve, which amounted to 2.37 ± 0.41 mV, was significantly lower than the corresponding indicator of patients in group I - 4.57 ± 2.36 . The amplitude of the motor response, on average, was reduced throughout, to a greater extent in the distal sections, which indicates axonal damage of the polyneuritic type. In group II, a slowdown in the spread of excitation along the sural nerve was also revealed, and the speed of impulse conduction along the peroneal nerve was reduced.

Result. EMG study revealed the demyelinating nature of the lesion in patients with type 2 diabetes. The nature of the demyelinating process in the subgroups was somewhat different: In a patient with type 2 diabetes and increased BMI, along with signs of diffuse demyelination in the form of a decrease in CRV, an increase in distal and residual latencies, F-wave latency, signs of local demyelination, as well as F-wave prolapses, were revealed, which may indicate the presence of a lesion in the most proximal sections of the nerve fiber. Comparison of CRV and residual latency in a patient with type 2 diabetes and increased BMI revealed statistically significant lower values, which indicates a greater damage to the myelin sheath compared to patients with type 2 diabetes with normal body weight. 2. Signs of the axonal nature of the lesion during stimulation of the nerves of the lower extremities in a patient with type 2 diabetes and increased BMI were detected in 75% of cases, and in patients with type 2 diabetes with normal body weight - in 60% of cases. 3. A patient with type 2 diabetes and elevated BMI also showed statistically significantly lower M-response amplitudes compared to patients with type 2 diabetes with normal body weight.

RESULTS OF ANALYSING CORRELATION OF AMIOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS WITH DEMENTIA.

Nazarova G.T Abdukadirova D.T Abdulkayeva D.B
Andijan State Medical Institute
Neurology chair

Relevance. Nowadays, the selectivity of motor neuron damage in amiotrophic lateral sclerosis (ALS) is questioned. We can find some researchs confirming the multisystem nature of MND: this disease affects not only motor neurons, but also other brain structures , and skin.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



The correlation of ALS with dementia disorders is very interesting. In typical ALS, clinically dementia is not observed. But, results of various researches shows that, in 5-20% of ALS cases combined with frontotemporal dementia (FTD). FTD is a disorder, which is characterized by progressive degeneration of neurons in the frontal and anterior temporal lobes, clinically manifested by early behavioral disorders, impoverishment of speech up to aphasia, with almost intact memory. Next, FTD in 10% is accompanied by the increasing of a clinic of generalized damage to motor neurons.

Research Material and Methods. The study was conducted on the basis of the clinic of the Andijan State Medical Institute (I, II and III neurological departments). The purpose of this study was to mark the cognitive functions of patients with ALS. We examined 9 patients (6 men and 3 women) with reliable and probable ALS (according to the El Escorial diagnostic criteria, 1998). The age of the patients ranged from 36 to 69 years, the average age was 51.2 ± 1.6 years. The duration of the disease varied from 5 months to 2 years. Two patients suffered from arterial hypertension, none had a history of cerebrovascular pathology (including ischemic stroke), diabetes mellitus, none of the patients was taking psychotropic drugs. The control group consisted of 13 volunteers (6 men and 7 women) with no history of neurological or psychiatric diseases, the average age in the group was 48.24 ± 1.54 years.

To examine the neuropsychological status, the following methods were used: a brief mental status assessment scale (MSSS) to rule out clinically obvious dementia, a battery of frontal tests (conceptualization, dynamic praxis, simple choice reaction, complicated choice reaction, examination of grasping reflexes) [1], test of verbal associations (literal and categorical) to assess fluency, test of 5 words to assess memory function. Patients with speech disorders (bulbar, pseudobulbar syndromes) were not taken out from the study, because during assessing fluency, a written version of the verbal associations test was also performed. Statistical processing was worked on a computer using the statistical package Statgraph. The reliability of differences in mean indicators between groups was assessed by Student's criterion, non-parametric indicators-by criterion 2. Variability were considered significant at $p < 0.05$.

Result. Of the 9 examined patients with ALS, 1 patient was diagnosed with dementia and parkinsonism, which, in accordance with the diagnostic criteria of Neary (1998), which damaged from frontotemporal dementia or Bright-Fan-Schwarz disease. The diagnosis of ALS in this patient was reliable. During dynamic observation for 1.5 years, it was noted that both types of neurodegenerative disorders, combined in one patient, developed in parallel, but the severity of the condition in the initial stages of the disease was due to changes in the cognitive sphere. This observation allowed us to settle on the diagnosis of ALS-dementia. In the rest of the patients, according to the (MSSS) and the results of frontal tests, cognitive changes did not reach the level of dementia. Our study shows the assumption that ALS patients without clinically defined dementia have a selective impairment of cognitive functions, mainly, speech fluency suffers. Obviously, ALS patients require a more complicated neuropsychological examination. Such severe symptoms as pronounced motor disorders, dysphagia, dysarthria mask and make the patient's cognitive deficit or even dementia disorders less significant. However, the



presence of changes in neuropsychological status requires additional recommendations for carers and, additionally, correction of therapy.

STUDY OF THE MORPHOLOGICAL CONDITION OF THE LIVER OF THE CHILD BORN IN THE CONDITIONS OF CHRONIC TOXIC HEPATITIS

Nazarova Malokhat Berdiboevna, Yusupova Umidajon Ulug'bekovna
Urgench branch of the Tashkent Medical Academy.

Annotation

Experiments have shown that chronic toxic hepatitis in the mother adversely affects the processes of postnatal growth, development and formation in the liver blood vessels and tissues of the offspring born from it. The pathomorphological changes that occur in the tissues and blood vessels of the azo lead to the development of processes that lag behind the development and formation in the later stages of postnatal development. These processes indicate the need to develop rational, science-based treatment and prevention measures in the treatment of the offspring born with existing pathology in the mother, the prevention of their diseases.

Topicality.

The problem of preserving maternal health and offspring to this day remains the leading one in the policy of our state. The problem of the influence of various unfavorable factors on the offspring carries not only medical, but also enormous social significance. This problem can be attributed to the fact that the number of women of fertile age with various extragenital diseases has increased, among which diseases of the hepatobiliary system, including chronic hepatitis, which are one of the important causes of maternal and perinatal pathology, occupy a special place. Scientists are also sounding the alarm about the action of many drugs, adverse environmental factors, stress, viral and infectious diseases that have embryotoxic, fetotoxic and teratogenic effects, depending on which periods of embryo formation they act and how long they affect [1, 4, 5,7, 10, 12].

The aim of the study was to study the effect of chronic toxic hepatitis in the mother on postnatal liver morphogenesis in the offspring of experimental animals.

Materials and methods of research: The experiments were carried out on white outbred Wistar rats. The animals were divided into 2 groups of 30 animals each: group 1 (control) - intact animals, group 2 - rats, which were injected weekly for 6 weeks with heliotrin at the rate of 0 to create a model of chronic toxic hepatitis in rats, 5 mg / 100 g of mass. 10 days after the last injection, males were added to them and to the females of the control group. Rats born and fed by mothers with chronic toxic hepatitis on the 3rd, 7th and 21st and 30th days of postnatal development were decapitated and pieces of liver tissue were taken for histological examination. The material was subjected to general morphometric, morphometric and electron microscopic studies. In order to study the intraorgan vessels of the liver, a solution of black ink



was injected intracardiacally according to the original method of M.A. Kolesov through the left ventricle of the heart. Vascular lightening was performed according to the method of A.G. Malygin.

Results. On the 3rd-7th day of life of postnatal development of rat pups, born and fed by mothers with chronic toxic hepatitis, the following picture was observed in the vascular tissue structures of the liver: in the liver microstructure of newborn rat pups (3-7 days), hepatocytes were located loosely and randomly, dividing wide and full-blooded sinusoidal hemocapillaries. In some hepatocytes, the phenomena of hydropic dystrophy were noted, pycnosis and lysis of nuclei were observed in some cells. Morphometric studies showed that the size of hepatocytes increased ($18.5 + 0.8$), compared with the indicators of the control group of animals (in the control $12.0 + 0.4$). The number of binucleated liver cells is relatively higher, $2.7 + 0.3$ (in the control, $1.2 + 0.04$). Hepatic lobules and beams are poorly constructed. At electron microscopic examination, the cytoplasm of hepatic cells was not grained, the nuclei of many hepatocytes had an oval shape. Mitochondria are abundant, with an electron-dense matrix. In some places in the interlobular connective tissue, infiltration and expansion of sinusoidal hemocapillaries were detected. After 21 days of postnatal development, the animals of the experimental group showed a slight increase in the severity of the pathomorphological changes described above. In some places, against the background of a distinct beam-lobular structure of the liver, places with discompletion of the liver parenchyma were revealed, liver cells were located randomly. Vessels with moderate blood filling. Parenchymal cells are mononuclear in 70%, and in 30% cells have 2 nuclei.

Liver of rat pups at 30 days of postnatal life. Electron microscopic endothelial stellate reticulum was enlarged and abundant. In animals of the control group, at this time, the liver microstructure acquired a typical lobular structure. Portal tracts, represented by loose fibrous connective tissue, were clearly identified. The vascular pattern of the liver was also consistent with that in adult intact rats.

Conclusions:

1. Chronic toxic damage to the mother's liver negatively affects the processes of postnatal growth, development and formation of tissue structures of the offspring liver.
2. Pathomorphological changes in the vascular-tissue structures of the offspring liver, subsequently lead to a delay in the processes of postnatal development and formation of the liver and the organ system of the offspring as a whole.

METHODS OF DIAGNOSIS OF UROLITHIASIS OF THE KIDNEYS

Nurmatov S.Yu., Rasulova M.M., Rashidova Sh.M.
Andijan State Medical Institute

Introduction. Patients with kidney stones usually have characteristic lower back pain, vomiting and sometimes fever. The disease may also be asymptomatic. The standard



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



examination includes a detailed examination of the medical history and a medical examination. The clinical diagnosis should be supported by appropriate imaging diagnostic methods.

The **Purpose of the study.** Optimization and improvement of the informative value of methods of X-ray, ultrasound, endoscopic and combined visualization of urinary organs and concretions formed in them in the treatment of urolithiasis by methods of remote shockwave lithotripsy, endoscopic contact lithotripsy and lithoextraction.

Materials and methods of research. This study is based on the survey data of 70 patients who were observed at the ASMI clinic in the period from 2020 to 2021. The age of the subjects ranged from 20 to 81 years (cf. age 48.6 years), there were 201 men (54.3%) and 169 women (45.7%). Due to the lack of normative physico-chemical and biochemical parameters of the stone-forming properties of urine and blood, 50 healthy people (25 men and women each) aged 20 to 80 years were examined to determine them - (cf. age 48.9 years) of which a control group was formed.

The results of the study. Rational, combined and dynamic use of ultrasound, X-ray and endoscopic imaging makes it possible to successfully apply endourological treatment in $98 \pm 1\%$ ($p < 0.05$) cases of urolithiasis.

Ultrasound examination with standard echo scanners provides visualization of $98.7 \pm 0.5\%$ of kidney stones, $76 \pm 0.3\%$ of ureteral stones, $99.3\% \pm 0.1\%$ of bladder stones and, due to its high informativeness and harmlessness, is the optimal method of visualization at all stages of treatment of urolithiasis by endourological methods. Due to the peculiarities of ultrasound imaging conditions when performing remote shockwave lithotripsy, sufficient information content of echo scanning on the EDAP LT 02 lithotripter is provided only in 15.5% of cases, which in other cases necessitates the use of combined ultrasound and X-ray imaging.

The necessary informativeness, efficiency and radiation safety in the visualization of stones and their fragments during the treatment of urolithiasis by lithotripsy methods can be achieved using digital X-ray equipment with a spatial resolution of at least 6-7 pl/ mm.

The use of dynamic methods of X-ray and echo scanning makes it possible to significantly increase the informative value of visualization in the conditions of non-invasive and minimally invasive methods of treatment of urolithiasis.

The combined use of ultrasound, X-ray and endoscopic imaging provides high efficiency of endourological methods for the treatment of complex cases of urolithiasis and combined urological pathology.

Conclusion. Ultrasound examination should be prescribed as the primary procedure, since it is safe (no radioactive radiation is used), reproducible and appears to be an inexpensive method of detecting concretions. It is possible to objectively assess the condition of the individual components of the kidney, identify stones, fix the size, quantity and localization of the concretions. Ultrasound allows you to identify concretions in the cups, pelvis, pelvic ureteral and vesicoureteral segments, as well as diagnose the expansion of the upper urinary tract (VMP).



In the diagnosis of renal concretions > 5 mm in size, the sensitivity of ultrasound is 96%, and the specificity is almost 100%. When diagnosing all concretions (of any localization), the sensitivity and specificity of ultrasound are lower — 78 and 31%, respectively. Accordingly, a hyperechoic signal of 5 mm or more according to the results of ultrasound should be interpreted as a confident picture of concretion.

THE METHOD OF BUBBLING TREATMENT IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME

**Anton Petrovich OSTROUSHKO, Anastasia Yurievna LAPTIYOVA,
Alexander Alexandrovich SHMARIN**

Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Voronezh, Russia

Scientific supervisor: MD, Prof. Andreev A.A.

The aim of the work: improve the results of treatment and prevention of late complications in patients with diabetic foot syndrome (DFS) by using the bubbling treatment method.

Materials and methods of the study: Analyzed the results of treatment of 48 patients with SDS of 2-4 degrees of foot lesion according to M. Wagner were analyzed. In the control group (23 patients), standard complex treatment of diabetic foot syndrome was performed, in the main group (25 patients), treatment was enhanced by the use of the bubbling treatment method. When assessing the nature of the wound process, blood tests, local status, and the results of planimetric methods were studied. Statistical analysis of the results was carried out using the MS Excel application software package.

The results of the study: In the sample there were 27 men (56.3%), 21 women (43.8%). In the control group — 56.5% and 43.5%, in the main group — 56.0 and 44.0%, respectively.

In the study groups, the patients were aged from 39 to 78 years. The sample was dominated by elderly and senile patients (60.4%). The average age of the patients averaged 63.0 ± 10.6 years. Upon admission to the hospital, 11 (22.9%) patients were in the stage of DM compensation, subcompensation — 31 (64.6%), decompensation — 6 (12.5%). In the main and control groups, neuroischemic form of DFS was detected in 21 (84.0%) and 20 (87.0%), neuropathic — in 4 (16.0%) and 3 (13.0%) patients, respectively. Patients with ischemic DFS were excluded from the study.

Local manifestations of DFS, the depth of the necrotic defect were evaluated based on the Wagner classification. The majority of patients with SDS had 2 and 3 degrees of lesion of the lower extremities - 36 (75%); the 4th degree of lesion was observed in 12 (25.0%) patients. Patients with the 1st degree of foot damage were excluded from the study, as they did not need inpatient treatment, with the 5th degree - due to the lack of indications for bubbling treatment in the preoperative period.



During the observation, there was a decrease in leukocytosis and ESR in the control and main groups to $9.6 \pm 1.2 \times 10^9/l$ and $25.7 \pm 4.6 \text{ mm/h}$, $11.8 \pm 1.2 \times 10^9/l$ and $40.5 \pm 4.6 \text{ mm/h}$, respectively. Normalization of glucose, AST, ALT and urea indices was also observed. In the control and main groups, edema was stopped by 2.5 ± 0.3 and 1.8 ± 0.3 days, skin hyperemia – by 2.3 ± 0.5 and 1.9 ± 0.5 days, exudation by 3.6 ± 0.5 and 2.9 ± 0.4 days, respectively. The completion of necrolysis and the appearance of granulations in the control group were noted at 3.2 ± 0.3 and 3.7 ± 0.3 days, in the main group – at 2.9 ± 0.4 and 2.5 ± 0.3 days, respectively.

Conclusion: The use of the bubbling treatment method in the complex treatment of patients with diabetic foot syndrome made it possible to more effectively stop the symptoms of local (edema, hyperemia, exudation, necrolysis) and general inflammation, anemia and intoxication syndromes, contributed to the strengthening of regenerative processes, which, against the background of complex treatment of diabetic foot syndrome, together, allowed to reduce the number of amputations by 18.7%.

ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME IN THE GENESIS OF MISCARRIAGE

Parpieva Sh.O., Akhmadzhanova G.M.

Department of Obstetrics and Gynecology No. 2

Andijan State Medical Institute

Relevance. Currently established clinical manifestations of AFS affect two systems: vascular, causing thrombotic phenomena, and uteroplacental blood flow, which leads to pregnancy complications. At the same time, infectious diseases are still one of the main causes of perinatal losses worldwide. The clinical symptoms of TORCH infections remain poorly expressed, which causes certain difficulties in making a diagnosis and carrying out therapeutic measures.

The **Purpose of the study.** To evaluate the features of the anamnesis and pregnancy outcomes in women with miscarriage and antiphospholipid syndrome, depending on the methods of its correction.

Materials and methods of research. A prospective cohort study was conducted. 137 pregnant women with a history of abortions and antiphospholipid syndrome were examined. The examined women were divided into two groups according to the principle of the presence or absence of plasmapheresis procedures in the scheme of miscarriage therapy at the pre-pregnancy stage. The first group (the main one) consisted of women ($n = 73$) who underwent complex therapy with the inclusion of plasmapheresis (efferent therapy) at the pre-gravidar stage, in the second group (comparison, $n = 64$) efferent therapy was not performed. The results of the study. The average age in the study group was 31.82 ± 4.69 years. The majority of women were of early reproductive age – 71.45% (31), women of late reproductive age made up 28.55% (13).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



61.36% (27) of women were employed, 34.09% (15) were housewives, 4.54% (2) were students. 68.18% (30) of pregnant women were married, marriage was not registered in 7.27% (12) of cases, single women made up 4.54% (2). More than half of the surveyed 59.09% (26) of the patients had secondary specialized education, 36.36% (16) were women with higher education, and 4.54% (2) were students.

81.81% (36) of the patients were re-pregnant, while more than half of the pregnant women had a history of childbirth – 63.63% (28). A burdened obstetric history occurred in 68.18% (30) of cases. Miscarriage was in every second pregnant woman – 54.5% (24). Spontaneous miscarriage and/or non-developing pregnancy in the anamnesis were noted in 38.63% (17) of cases, premature birth – in 25% (11), abortions in first-time mothers - in 13.63% (6), 3 or more abortions in repeat births – in 6.81% (3) of cases. Gynecological diseases in the anamnesis were noted by 68.18% (30) of women: uterine fibroids – 20.45% (9), pelvic inflammatory diseases – 15.9%, infertility – 9.09% of the subjects.

Somatic pathology was present in 68.18% of patients: chronic arterial hypertension – in 29.54% (13), chronic diseases of the urinary system – in 22.72% (10), myopia and other eye diseases – in 22.72% (10), obesity – in 13.63% (6), HIV infection / viral hepatitis - in 9.09% (4), thyroid diseases – in 9.09% (4), genetic thrombophilia – in 4.54% (2), varicose veins of the lower extremities – in 4.54% (2).

Cervicovaginal infections during pregnancy were detected in 88.63% (39) of patients. A persistent threat of termination of pregnancy requiring inpatient treatment was in 56.81% (25) of women. Chronic placental insufficiency with a violation of uterine-fetal blood flow was detected in 31.8% (14) women, while in half of the cases, a violation of blood flow was recorded already at the second ultrasound screening. Isthmic-cervical insufficiency was in every third pregnant woman – 31.81% (14). The prothrombotic state of hemostasis according to the hemostasiogram occurred in 27.27% (12) of cases. Gestational diabetes mellitus was established in 25% (11) of pregnant women. Vomiting of pregnant women in the first trimester was noted by 20.45% (9) of women. Acute respiratory infections during pregnancy were suffered by 9.09% (4) of women, acute infectious diseases of the urinary system were also 9.09% (4) of the surveyed. Preeclampsia occurred in 2 cases, which was 4.54%.

Conclusion. Significantly more often unfavorable perinatal outcomes, including intrauterine infection of the fetus and newborn, occurred in the group of women with rupture of the fetal membranes at less than 28 weeks compared with other groups.

The main cause of perinatal mortality during pregnancy complicated by premature rupture of fetal membranes was intrauterine infection. In 75% of cases, inflammatory changes were found in the tissues of the afterbirth, in half of which there was a lesion of all layers of the fetal membranes.



MONITORING DIFFERENT BRAND PARACETAMOLS IN UZBEKISTAN'S DRUG MARKET

Pazliddinov A.V., Shokirov A.
Andijan State Medical Institute

Paracetamol is a common pain reliever and fever reducer that is widely used in Uzbekistan. It is available in various brand names and formulations, making it difficult to monitor their quality and efficacy. This article aims to review the different brand paracetamols available in Uzbekistan's drug market and highlight the importance of monitoring their quality.

Paracetamol is a safe and effective medication when used appropriately. However, it can cause serious harm if consumed in excessive amounts or in combination with other medications. This makes it crucial to ensure that the quality and potency of paracetamols available in the market are consistent and reliable.

In Uzbekistan, paracetamol is available in various formulations, including tablets, capsules, and suspensions. Some of the popular brand names include Panadol, Tylenol, Calpol, and Doliprane. While these brands are well-known and trusted globally, their quality and efficacy may vary in different countries and regions.

The Uzbekistan government has established regulatory bodies, such as the State Committee for the Control of Medicines and Medical Devices, to monitor the quality and safety of drugs available in the market. However, the high volume of drugs imported into the country and the lack of resources and capacity to test them pose a significant challenge to the regulatory authorities.

Moreover, the availability of counterfeit drugs in the market further complicates the monitoring process. Counterfeit drugs are often sold at a lower price and are difficult to distinguish from genuine products. They may contain harmful ingredients or incorrect doses, posing a significant risk to public health.

To ensure the quality and safety of paracetamols available in Uzbekistan's drug market, it is essential to establish a robust monitoring system. This can be achieved through a combination of regulatory oversight, quality control testing, and public awareness campaigns.

Regulatory bodies should conduct regular inspections of drug manufacturers and distributors to ensure compliance with quality standards and regulations. Quality control testing should also be conducted on a regular basis to identify any substandard or counterfeit products.

In addition, public awareness campaigns can help educate consumers on the importance of purchasing drugs from reputable sources and recognizing the signs of counterfeit products. This can help reduce the demand for counterfeit drugs and increase accountability in the supply chain.

In **Conclusion**, monitoring the quality and efficacy of paracetamols available in Uzbekistan's drug market is essential to ensure public health and safety. Regulatory oversight, quality control testing, and public awareness campaigns can help establish a robust monitoring system and reduce the risk of harm from substandard or counterfeit products.



MONITORING DIFFERENT BRAND PARACETAMOLS IN UZBEKISTAN'S DRUG MARKET

Pazliddinov A.V., Shokirov A.
Andijan State Medical Institute

Paracetamol is a common pain reliever and fever reducer that is widely used in Uzbekistan. It is available in various brand names and formulations, making it difficult to monitor their quality and efficacy. This article aims to review the different brand paracetamols available in Uzbekistan's drug market and highlight the importance of monitoring their quality.

Paracetamol is a safe and effective medication when used appropriately. However, it can cause serious harm if consumed in excessive amounts or in combination with other medications. This makes it crucial to ensure that the quality and potency of paracetamols available in the market are consistent and reliable.

In Uzbekistan, paracetamol is available in various formulations, including tablets, capsules, and suspensions. Some of the popular brand names include Panadol, Tylenol, Calpol, and Doliprane. While these brands are well-known and trusted globally, their quality and efficacy may vary in different countries and regions.

The Uzbekistan government has established regulatory bodies, such as the State Committee for the Control of Medicines and Medical Devices, to monitor the quality and safety of drugs available in the market. However, the high volume of drugs imported into the country and the lack of resources and capacity to test them pose a significant challenge to the regulatory authorities.

Moreover, the availability of counterfeit drugs in the market further complicates the monitoring process. Counterfeit drugs are often sold at a lower price and are difficult to distinguish from genuine products. They may contain harmful ingredients or incorrect doses, posing a significant risk to public health.

To ensure the quality and safety of paracetamols available in Uzbekistan's drug market, it is essential to establish a robust monitoring system. This can be achieved through a combination of regulatory oversight, quality control testing, and public awareness campaigns.

Regulatory bodies should conduct regular inspections of drug manufacturers and distributors to ensure compliance with quality standards and regulations. Quality control testing should also be conducted on a regular basis to identify any substandard or counterfeit products.

In addition, public awareness campaigns can help educate consumers on the importance of purchasing drugs from reputable sources and recognizing the signs of counterfeit products. This can help reduce the demand for counterfeit drugs and increase accountability in the supply chain.

In **Conclusion**, monitoring the quality and efficacy of paracetamols available in Uzbekistan's drug market is essential to ensure public health and safety. Regulatory oversight, quality control testing, and public awareness campaigns can help establish a robust monitoring system and reduce the risk of harm from substandard or counterfeit products.



Bibliography:

1. Cundy TP, Shetty K, Clark J, Chang TP, Sriskandarajah K, Gattas NE, et al. The first decade of robotic surgery in children. *Journal of pediatric surgery*. 2013;48(4):858-65.
2. Okolie C, Rodriguez R, Wale A, Hookway A, Shaw H, Cooper A, et al. A rapid review of the effectiveness of innovations to support patients on elective surgical waiting lists. *medRxiv*. 2022:2022.06.10.22276151.

FEATURES OF FIXATION OF ZIRCONIUM DIOXIDE PROSTHESES

Rakhimov Dilmurod Adilzhanovich
Department of Orthopedic Dentistry
Andijan State Medical Institute

Relevance. Orthopedic dentistry of the 21st century is characterized by high requirements for the aesthetic aspects of dental prosthetics.

The aim of this study was to study the features of fixation of zirconia prostheses according to the available literature.

Materials and methods. The Pubmed database found and analyzed 23 sources from 8 countries (Germany, Switzerland, Holland, England, Japan, China, Canada, Brazil) over the past 15 years: 5 from 2009 to 2012, 11 from 2013 to 2017 and 7 from 2018 to 2022. The search was performed using the keywords: zirconium dioxide, fixing strength, surface preparation, chemical methods. Based on the data obtained, the issue of chemical methods for preparing the surface of zirconium dioxide was studied.

Results. An analysis of the frequency of publications shows a long-term interest in the problem of cementation of zirconia restorations, which remains to this day. In addition to studying the increase in the adhesion strength of the polymer to ceramics, its durability was also studied. The durability of adhesion between zirconium oxide ceramics and polymer has been studied in many works, and it depends on the method of surface treatment of zirconia. All chemical methods for improving adhesion can be divided into 2 groups: applying a silicate coating by various methods (selective infiltration etching, pyrochemical method, magnetron sputtering vapor deposition) and applying crosslinking chemical agents (bifunctional primers for zirconium dioxide, 10MDP (10-methacryloxydecyl dihydrogen phosphate) and others monomers, silanes. According to the studied literature, the adhesion of systems containing phosphate monomers is more reliable than the silica and silane coating of zirconium dioxide. It has been established that the MDP monomer increases the adhesion strength of polymer cement to zirconium dioxide due to the formation of chemical bonds ($P=O$, $OH=Zr$), as well as ionic bonds.

Conclusion. MDP monomer is by far the best agent for reliable fixation of zirconia prostheses. ovation, remains open. New methods for preparing the surface of zirconium oxide



ceramics make it possible to increase the strength of the bond between the polymer and zirconia, however, while they are expensive and difficult to access for most consumers. None of the innovative methods work without the use of an MDP-containing primer.

PHONETIC ADAPTATION OF PATIENTS AFTER ORTHOPEDIC TREATMENT TO FULL REMOVABLE DENTURES

Rakhimov Dilmurod Adilzhanovich
Andijan State Medical Institute

Relevance. Defects in sound pronunciation adversely affect the quality of human life, especially on persons whose profession is associated with increased speech load. Considering the individuality of the organism of each person, it is impossible to subordinate the processes of restoring speech and adapting to a new structure in the oral cavity to a single plan, so the problem of phonetic adaptation will be relevant for a long time to come.

Purpose of the work: to evaluate the dynamics of speech function recovery and adaptation to complete removable dentures in patients with complete absence of teeth using the technique of palatography and phonetic tests.

Materials and methods: The material of the study was 18 patients aged 45-85 years who were treated at the Dental Polyclinic in Andijan in the period from 2021 to 2022. For them, complete removable dentures were made for one of the jaws. The absence of pain syndrome and stabilization of prostheses during conversation were also taken into account. We used the method of palatography, which can be used to clarify the width and shape of the dental arches, setting the anterior teeth in the vestibulo-oral direction, modeling the palatal surface of the teeth in their cervical part. We used a temporary hard base, which restored the relief of the hard palate, reinforced with wax, with an artificial dentition. Results of the study: Among the examined patients, middle-aged patients (45 - 59 years) - 23.6%, elderly (50 - 74 years) - 28.2% and senile patients (75-85 years) - 48.2 applied for orthopedic treatment %. There were 2 groups of patients: experimental, to which the method of palatography was applied, and control. Prosthesis correction was carried out together with phonetic tests. It can be seen from it that if on the day the prosthesis was placed, almost all the subjects had problems with pronunciation, then the situation improves subsequently. In the experimental group, compared with the control group, recovery is faster.

Conclusion: Constant monitoring of the patient and timely correction of the orthopedic structure improves the prognosis of speech adaptation and has a positive effect on the time frame required for recovery. The use of techniques such as palatography in conjunction with phonetic tests makes it possible to eliminate errors in the modeling of the structure and prevent possible complications. At the clinical stages, the active phonetic participation of the patient contributes to its accelerated adaptation to complete removable dentures.



SELECTION OF OPTIMAL STRUCTURAL MATERIALS FOR MANUFACTURING TEMPORARY DENTURES IN YOUNG PEOPLE WITH AGGRAVATED ALLERGIC ANAMNESIS

Rakhimov Dilmurod Adilzhanovich
Department of Orthopedic Dentistry
Andijan State Medical Institute

Relevance: Currently, a wide range of structural materials are used for the manufacture of temporary dentures in orthopedic dentistry. As a rule, they are represented by self-hardening plastics and composites. The constituent components of these materials have a fairly high allergenicity. With a long period of use of temporary dentures in patients, in particular in persons with a burdened allergic history, intolerance may occur. For this reason, when planning orthopedic treatment, it is advisable to carry out an individual selection of materials for the manufacture of temporary dentures in order to minimize the risk of intolerance to dentures and reduce the progression of allergic pathology.

The **Purpose of the study** was to assess individual sensitivity to structural materials used for the manufacture of temporary dentures in young people with a burdened allergic history in a comparative aspect with healthy patients.

Material and research methods. To achieve this goal, we examined 60 people aged 20 to 28 years. Inclusion criteria: young adults with no dentures. Exclusion criteria: other age groups, persons with dentures. All subjects were divided into two groups. Group 1 - young people with a burdened allergic history (the group consisted of 26 people, including 6 men and 20 women), group 2 - healthy young people (the group consisted of 34 people, of which 12 men and 22 women). For the study, samples were prepared from materials: "SNAP", "Re-fine Bright" and "Luxatemp" in the form of plates 10mm x 10mm x 1mm. The selection of structural materials was carried out using the device "Lira - 100 Bt" according to the standard method. Based on the difference between the initial and current values with a material sample, its biocompatibility was determined.

Results and its discussion. When carrying out an individual selection of structural materials for the manufacture of temporary dentures using the Lira 100 - Bt device, it was found that the Luxatemp material was suitable for 85.3% of the examined in the group of healthy young people, in the group of people with a burdened allergic history - 80, 8% of those surveyed. The Re-fine Bright material turned out to be suitable for the manufacture of temporary dentures in 65.4% of cases in group 1 and in 79.4% of cases in group 2, as for the SNAP plastic, it suited 67.6% of those examined in group of healthy individuals and 76.9% in the group of young people with the presence of allergic pathology.

Conclusion. Based on the study, we recommend using the Luxatemp composite material for the manufacture of temporary dentures. The results obtained indicate the need for individual selection of materials before the manufacture of temporary dentures, regardless of



the terms of use of future structures. In patients with aggravated allergic anamnesis, individual selection when planning orthopedic treatment becomes mandatory, since these patients are at risk of intolerance.

INSULIN RESISTANCE AS THE BASIS OF DIABETES MELLITUS

Saidova F.I.

Bukhara State Medical Institute

Insulin resistance is identified as an impaired biologic response to insulin stimulation of target tissues, primarily the liver, muscle, and adipose tissue. Insulin resistance impairs glucose disposal, resulting in a compensatory increase in beta-cell insulin production and hyperinsulinemia. The metabolic consequences of insulin resistance can result in hyperglycemia, hypertension, dyslipidemia, visceral adiposity, hyperuricemia, elevated inflammatory markers, endothelial dysfunction, and a prothrombotic state. Progression of insulin resistance can lead to metabolic syndrome, nonalcoholic fatty liver disease, and type 2 diabetes mellitus. Insulin resistance is primarily an acquired condition related to excess body fat, though genetic causes are identified as well.

The **Purpose of the study:** to study the relationship of insulin resistance with lipid metabolism disorders.

Material and methods of research. 15 patients with diabetes mellitus (7 men and 8 women) were examined, the average age of which was 47.2 ± 1.03 years. An anthropometric study was carried out: height, body weight, waist circumference, hip circumference were determined, followed by the calculation of body mass index (BMI) and the waist circumference/hip circumference ratio. The state of carbohydrate metabolism was assessed by indicators of glycemia in the plasma of venous blood on an empty stomach by the glucose oxidase method. The level of immunoreactive insulin (IRI) was studied by enzyme immunoassay. Insulin resistance was assessed by HOMA-IR ($\text{IRI} \times \text{fasting glycemia} / 22.5$). The parameters of the lipid spectrum of blood serum were determined by the spectrophotometric method. Statistical data processing was carried out. The differences were considered statistically significant at $p < 0.05$.

The results of the study. The analysis of anthropometric data revealed significantly higher values of waist circumference, waist circumference/hip circumference in patients with diabetes mellitus (102.05 ± 1.32 and 0.95 ± 0.04) compared with the control group (68.02 ± 1.43 and 0.76 ± 0.06). The BMI index ($32.1 \pm 0.6 \text{ kg/m}^2$) was significantly higher in comparison with the BMI of the control group ($24.2 \pm 0.3 \text{ kg/m}^2$, $p < 0.001$).

Analysis of lipid metabolism indicators showed significantly higher values of total cholesterol (247.3 ± 4.7), low-density lipoprotein cholesterol (175.6 ± 4.46), triglycerides (173.5 ± 8.7), atherogenicity coefficient (5.4 ± 0.4) and significantly lower values of high-density lipoprotein cholesterol (38.6 ± 0.8) in patients with diabetes mellitus in compared with the control group



($p < 0.001$). The HOMA-IR insulin resistance index in patients with diabetes mellitus (6.25 ± 0.41) was higher than in the control group (1.53 ± 0.11 , $p < 0.001$).

As is known, the more frequent occurrence of insulin resistance in abdominal type of obesity is determined by the morphofunctional features of visceral adipose tissue, since intraabdominal adipocytes have a higher density of beta-adrenoreceptors, corticosteroid and androgen receptors and a relatively lower density of α -2-adrenoreceptors and insulin receptors. This determines the high sensitivity of visceral adipose tissue to the lipolytic action of catecholamines and the low sensitivity to the anti-lipolytic action of insulin. Intensive lipolysis in intraabdominal adipocytes leads to the release of a large amount of free fatty acids, which, entering the liver, contribute to a number of metabolic disorders with the subsequent development of insulin resistance and systemic hyperinsulinemia.

Conclusions. An increase in BMI, waist circumference indicates the presence of visceral obesity in diabetic patients. Disorders of lipid metabolism, as well as insulin resistance, are an integral part of the pathogenesis of diabetes mellitus.

RELEVANCE OF EXPRESSION OF THE P53 GENE SUPPRESSOR IN THE PATHOMORPHOLOGICAL PERIODS OF BLADDER LEUKOPLAKIA.

Sakhatalieva R.R., Niyazova Y.M.
Andijan State Medical Institute

Relevance of the problem. It develops in response to exogenous and endogenous pathological effects in leukoplakia, a disease of the multi-layer variable epithelium covering the mucous membrane of the bladder, in the presence of processes of chronic inflammation of its mucous membrane. Leukoplakia is usually diagnosed in more middle-aged female patients, considered a type of keratosis process, with the progression of the disease increasing over the years. Bladder cancer processes and the incidence of cancer have been increasing dramatically lately, so the importance of the morphological method, including the immunogystochemical examination method, is highly valued in the identification of these diseases.

Purpose of the study: determination of expression of the P53 gene suppressor during pathomorphological periods of bladder leukoplakia.

Material and inspection methods. As a material, women living in the Fergana Valley with anamnesis chronic cystitis (50.5%), bladder neck cystitis (27.5.0%), interstitial cystitis (12.0%), cystalgia (10%) were diagnosed with biopsy tissue using the method of cystoscopy. The age of the sick is 18 to 84 years, with an average age of 32.6 years. The duration of their disease was 8 years from 6 months, with an average of 2.7 ± 0.9 .

Research results and their discussion. When the level of expression of P53 protein was studied due to increased proliferative activity of epithelial cells during different periods of bladder leukoplakia, the results of the following immunogystochemical examination were



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



found: due to increased proliferative activity of the multi-layer variable epithelium of the bladder, it is observed that strong acanthosis develops in the basal part, identification of gene suppressor P53 from immunogystochemical markers showed that during the 1 – period of leukoplakia, cells of the basal floor of the multilayered variable epithelium were found to be expressed in more nuclear structures. Hence, less in the cytoplasm, more expression in the nucleus indicates that this gene is replicated and activated by nuclear DNA as a result of external influences from the suppressor. During the II – period of bladder leukoplakia, that is, changes in the appearance and shape of epithelial cells, it is determined that the variable epithelium is metaplased into the multilayered flat epithelium, and the cytoplasm of cells located mainly in intermediate rows is vacuolated. Basal floor cells are relatively large, mostly with large and blunt nuclei, and there is a positive expression of gene suppressor P53 in them. In this II – period of the disease, an immunogystochemical examination showed that, unlike in the i-period, P53 protein is found to be expressed in the cytoplasm of some cells of 2-3 rows and intermediate floors located on the basal floor.

This is evidenced by the increased proliferative activity of the epithelium of the basal and intermediate floors during leukoplakia II, indicating that the P53 protein was activated by a gene suppressor against a malignant tumor process. Notable signs during this period of the disease are that the P53 protein is confirmed to be expressed not only in epithelial cells, but also in connective tissue cells of the private plate of the mucous membrane. In the III period of leukoplakia, the difference from previous periods of pathomorphological changes in the multi-layer variable epithelium covering the bladder mucosa is observed, in which the basal layer of the epithelium undergoes intense acanthosis, the cytoplasm of the intermediate floor cells is vacuolized as a result of hydroponic dystrophy. Another characteristic sign of this period, chronic inflammatory infiltrate in the structure of the private plate of subcutaneous connective tissue of the epithelium, both proliferation of the cells of the vascular wall, in which the P53 gene suppressor protein is found to be positively expressed. A study of the levels of expression of the P53 protein in immunogystochemical signs showed that, unlike previous periods, during this period, the P53 protein was more expressed in the nucleus of epithelial cells, with little detection in the cytoplasm.

Conclusion: since the I – level of bladder leukoplakia is manifested by metaplasia of the epithelium, it was found that in dysregenerated cells, the P53 gene suppressor also appeared in their nucleus.

A change in shape and histotopography caused by intense metaplasia of the epithelium in later periods of leukoplakia is caused by positive expression of the P53 protein in their nuclei due to strong dysregeneration.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



SPECIFICITY OF THE PATHOGYSTOLOGICAL APPEARANCE IN THE PRESENCE OF INFECTION IN THE LEUKOPLAKIA OF THE BLADDER.

Sakhatalieva R.R. Niyazova Y.M

Relevance of the problem. Patomorphological changes caused by chronic inflammation of the mucous membrane of the bladder, mechanical and chemical tickling have a dramatic effect on the quality of patient's life. Infections caused by a urinary tract infection or sexually transmitted cause bladder leukoplakia to develop its clinical-morphological forms, resulting in pre-cancer disease i.e. bladder cancer. Pathogistological appearance of leukoplakia on the duration of bladder leukoplakia disease and the presence of infection, we are talking about the problems of one is considered.

Purpose of the study: determination of the specificity of the pathogistological appearance of the presence of infection in the leukoplakia of the bladder, observed in the middle of the women of the Fergana Valley.

Material and inspection methods. As a material, women living in the Fergana Valley with anamnesis chronic cystitis (50.5%), bladder neck cystitis (27.5.0%), interstitial cystitis (12.0%), cystalgia (10%) were diagnosed with biopsy tissue using the method of cystoscopy. The age of the sick is 18 to 84 years, with an average age of 32.6 years. The duration of their disease was 8 years from 6 months, with an average of 2.7 ± 0.9 .

Research results and their discussion. When examination of biopsy material studied the morphological specificity of leukoplakia as dependent on a sexually transmitted infection, the following were found. In this, it was reflected that there are changes inherent in all infection and changes related to the type of individual infection. The following general pathomorphological changes to the general changes, namely hyperplasia, metaplasia, parakeratosis of the urothelia, inflammatory infiltrate of the private plate, have been identified. These general pathological changes contribute to the depletion of morphogenesis of simple and verrucous types of leukoplakia. Dystrophic changes, metaplasia and dysplasia of the flat and variable epithelium have been attributed to the strong or low level of the inflammatory process developed under the influence of infection. In mycoplasmal infection, dystrophic and lysisional changes in urothelium were found to be relatively strongly developed. In this case, vacuolation of the urothelium is observed, which is destroyed and undergoes acantholysis. On a private plate, severe edema, vascular fullness, blood clots are detected. In all cases, inflammatory infiltration is found to be composed mainly of lymphoid cells. It is confirmed that in this group morphologically there are Brunns in the mucous membrane and cystitis with cystitis has developed. While the Mycoplasma is fused with chlamydia and trichomonada, in 34.6% of cases there is a strong development of the inflammatory process morphologically. In inflammatory infiltrate, lymphocytes, palismatic cells are found to prevail.



It is found that leukocyte migrations and lympho-epithelial symbiosis occurred between epithelia. The tropism of chlamydia to the flat epithelium is characterized by a specific change, that is, more cell damage and erosion foci are observed in the metaplasied epithelium.

Conclusion: dystrophic changes in flat and variable epithelium, metaplasia and dysplasia in bladder leukoplakia disease have been attributed to the strong or low level of the inflammatory process developed under the influence of infection.

THE EPYDEMOLOGICAL ASPECTS OF ARTERIAL HYPERTENSIONI

Salahiddinov Z.S., Valieva M.YU., Kodirov D.A., Alibekov Sh.O.
Andijan state medical Institute

Introduction: Particularly acute question of the need for early detection and correction of risk factors in modern populations, exacerbating the severity of hypertension. At the same time remain sensitive issues epidemiological study and control prehypertensive at the population level for the prevention of hypertension and cardiovascular complications, as epidemiological approach is an important informative and accessible method for assessing the prevalence of hypertension among the population. Especially arterial hypertension dangerous women during childbearing age, as it is of childbearing age, when a woman's body is ready to become a mother, that is, to give new life. Only a healthy mother can give a healthy generation. It is arterial hypertension as nothing more dangerous to the developing organism, as a severe disturbance of the circulation, which she leads, can lead to irreversible consequences, including the death of the fetus. Therefore, it is important to the detection of hypertension, especially its presence in prenosological period.

The **Purpose of the study:** comparative study of the prevalence of prehypertension among reorganizational female population of the city of Andijan in ages.

Materials and methods: the material for this study was based on the results of cross-sectional epidemiological study random, representative samples from unorganized female population by method of questioning.

Results: indicated that mean levels of systolic blood pressure are women - 121.2 ± 1.08 , diastolic blood pressure 77.2 ± 0.59 mm rt. article In different age groups the mean values of systolic blood pressure and diastolic blood pressure were noted differences in the levels as follows, respectively: 15-19 - 101.3 ± 1.07 , and in the 20-29 - 111.0 ± 0.81 , 30-39 - $115, 8 \text{ mm} \pm 1.24$, 40-49 - 8 ± 1.94 . In the age range of 19-30 years, the increase in arterial pressure averaged for systolic blood pressure 30.2 mm rt. article and for diastolic blood pressure of 20.1 mm rt. article It is believed that increased blood pressure in childhood or adolescence is associated with physiological growth and sexual maturation of the individual, and in the adult population, to a certain extent with the development of biological processes in the elderly, atherosclerotic vascular remodeling. We have traced the prevalence of prehypertension on the level of relative



values among women of childbearing age, which amounted to 110 people, of whom 28 people found prehypertensive that is 24%, and greater than that registered on the current uptake and fell on fertile age in comparison with the General population. It should be noted that in a population where most registered arterial hypertension in women of childbearing age, as it was traced, more frequently recorded complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period.

Conclusions: Thus, according to studies there is a high prevalence of prehypertension among the population, especially among women of childbearing age. The data obtained indicate that prehypertension is one of the common factors in the 19 - 29 years, the most important period in the life of every woman of childbearing age. The obtained population, the results can be widely used for primary, secondary and tertiary prevention of hypertension or adjustment of antihypertensive therapy to prevent cardiovascular continuum in these patients. Assessment of risk of cardiovascular complications should be conducted not only with the established diagnosis of hypertension, but also in patients with high normal blood pressure for a decision on further tactics of conducting the patient.

COMORBID CONDITIONS IN HIV INFECTION

Saloxiddinov Z.S., Otaqoziyev M.A.
Andijan State Medical Institute

Relevance A study was made of the structure and frequency of comorbid conditions in HIV-infected people with a fatal outcome observed in the Andijan region . It turned out that 100% of patients had comorbid pathology - competing, transferred, background and concomitant traveling diseases..

Keywords: HIV infection, comorbidity, competing diseases, background diseases.

Goal. To study the frequency and structure of comorbid conditions in HIV-infected patients with a fatal outcome.

Materials and methods: The study included 70 patients aged 22 to 71 years old, registered at the Center for the Prevention and Control of AIDS Andijan Regional Clinical Center of specialized types of medical care during three years. The cause of death was the development of opportunistic diseases due to the progression of HIV infection. A retrospective study of outpatient patient records and autopsy protocols was conducted; the study complies with ethical standards, data on individual patients are not covered. The diagnosis of HIV infection was made taking into account the results of studies using ELISA and immunoblot methods, the diagnosis of concomitant pathology was established based on the results of clinical, laboratory, instrumental studies. The study analyzed the structure and frequency of competing, concomitant, background and transferred diseases in deceased HIV-infected patients. Statistical



analysis and processing of the obtained data were carried out using the standard Statistica10 program

Results. During the period in the Andijan region, 120 patients with HIV infection had a fatal outcome, in 70 cases the cause of death was the progression of HIV infection, in 50 patients death was caused by causes unrelated to HIV infection, in eight patients the cause of death was not established. Comorbid conditions were detected in all 120 patients who died from HIV infection, which is typical for this disease. The background pathology present in the patient contributes to a more severe course of the underlying disease and can provoke the development of complications. In the observed group, background pathology was detected in all patients. Cytomegalovirus and toxoplasma infection were confirmed in 100% of patients in the laboratory; 50 (58.9%) and 20 (44.2%) HIV-infected patients suffered from poly-drug addiction and chronic alcoholism, respectively.

Conclusion. In the observed group, background pathology was detected in all patients. CMVI and latent toxoplasmosis were detected in 100% of patients. Liver diseases prevail among concomitant diseases

RADIOLOGICAL ASSESSMENT OF THE STATE OF PERIODONTAL TISSUES IN ADULTS

Samatov Ulugbek Abdumajitovich

Department of Orthopedic Dentistry and Orthodontics

Andijan State Medical Institute

Relevance: Diagnosis of destructive forms of periodontal disease, traditionally, is based on clinical data (measurement of the probing depth and loss of attachment) and radiological (assessment of the state of the alveolar bone) examination, allowing to assess the severity of the disease. In periodontal diseases, "bone resorption is a loss of bone substance as a result of a physiological or pathological process, manifested in a decrease in the volume and size of the ridge of the alveolar process of the upper or lower jaw." The most complete assessment of the degree of bone loss can be given by X-ray examination. If the periodontium is damaged in the area of one or more teeth, localized periodontitis is recorded, which is characterized by destruction of the interdental septum of one degree or another. With generalized (when most of the teeth are involved in the process) periodontitis, the main signs are osteoporosis and a decrease in the height of the interdental septa. There are various stages of pathology: initial - cortical end plates of the tops of the interdental septa are absent, osteoporosis of the interdental septa without reducing their height; 1st degree - decrease in the height of the interdental septa by 1/3 of the length of the root; 2nd degree - the height of the interdental septa is reduced by 1/2 of the length of the root; 3rd degree - the height of the interdental septa is reduced by 2/3 of the length of the root. The spread of inflammation beyond the periodontium is radiographically manifested as an expansion of the periodontal gap in the



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



marginal sections. With complete destruction of the cortical plate of the hole around the root, an eroded cancellous bone with uneven contours is visible. Different groups of teeth of the same patient may have the same level of decrease in the height of the interalveolar septa (horizontal type), at the same time, a decrease in the height of the interalveolar septa in the region of different teeth may be uneven (vertical type).

Purpose: to give an x-ray assessment of the condition of periodontal tissues in adults.

Material and methods: In the course of the study, 73 orthopantomograms of patients who were examined in the regional dental clinic of the city of Andijan were studied, who, according to WHO criteria, were divided into 7 age groups. In each age group, an assessment was made of the type and severity of bone resorption.

Conclusion: the results of the study made it possible to obtain information on the prevalence of various forms of periodontal pathology.

MODERN PROBLEMS OF SIMULATION EDUCATION IN MEDICINE

Sapaeva Sh.A., Bakberganov P.M., Erezhepbaev K.T.
Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

The classical system of clinical medical education is not able to fully solve the problem of high-quality practical training of a doctor. The main obstacles to this are the lack of continuous feedback between the student and the teacher, the impossibility of practical illustration of the whole variety of clinical situations, as well as moral, ethical and legislative restrictions in the communication of students with the patient. Therefore, the key task of modern secondary, higher and postgraduate medical education is to create conditions for the development of a wide range of competencies and well-established practical skills among students without the risk of harming the patient. This includes developing the ability to make quick decisions and perform flawlessly a range of manipulations or interventions, especially in emergencies. Obviously, the training of specialists responsible for the life and health of people in the modern world simply cannot be built without the most important simulation component. A lot of experience has already been accumulated, proving the effectiveness of simulation training. Numerous evidences have been obtained that testify to the successful transfer of the skills acquired by the doctor to the treatment of the patient, which could not but lead to the extensive development of a network of simulation centers. where simulation training of doctors specializing in emergency medicine is used. In most educational institutions, new structural divisions have appeared - simulation certification centers. Due to decentralized development, all of them have acquired a different organizational structure, specialization, equipment options, and work according to different methods and standards. The first steps have been taken to develop domestic standards for simulation training, new classifications of equipment and simulation-certification centers have been proposed.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Thus, simulation is an imitation, modeling, a realistic reproduction of the process. And simulation in medical education is a modern technology for teaching and evaluating practical skills, abilities and knowledge, based on realistic modeling, simulating a clinical situation or a single physiological system, for which biological, mechanical, electronic and virtual models can be used. Simulation training should be carried out by specially trained full-time instructors who, together with practitioners, will create and accumulate various scenarios, conduct methodological work, and, together with technical workers, develop and maintain in working and safe condition training tools based on an engineering and maintenance system and supplies of consumables. One of the important stages of simulation training is debriefing.

Studies show that trainees have a limited understanding of what happens to them when they are involved in a simulation experience. Being at the center of the action, they only see what can be seen from the perspective of an active participant. Therefore, it is thanks to debriefing that the simulation experience turns into a conscious practice, which will ultimately help the trainee prepare both emotionally and physically for future professional activities. The traditional forms of teaching the practical skills of a doctor include the following options: on animals, on corpses, with the participation of patients. All these training options have significant drawbacks - when training on animals, it is necessary to maintain and maintain a vivarium, pay for the work of its employees, and purchase animals; at the same time, the number and time of manipulations are limited, constant individual control of the teacher with a subjective assessment of the work of the trainee is necessary. Training on corpses is also difficult and inconvenient, which requires the organization of a special service, while the work is unrealistic. Already the first studies have shown the advantages of virtual simulators, the use of a virtual simulator in the educational process significantly, by 2.5 times, reduces the number of mistakes that novice surgeons make when performing their first laparoscopic operations.

The results of the research confirm the validity of the continued **Introduction** of simulation virtual technologies in medical education and training programs. According to these levels of realism, all simulators can be classified: Visual, Tactile, Reactive, Automated, Hardware, Interactive, Integrated.

Scientific studies have proven the obvious effectiveness of simulation training compared to traditional training. The main meaning of simulation training is the maximum imitation of all components that can be involved in a real life situation related to the treatment of a patient in a critical situation. The maximum reproduction of the place where the events unfold should be ensured. For the effective application of simulation training, it is necessary to comply with the basic methodological and organizational principles

The **Introduction** of control over the level of preparedness through a system of simulation training, a mandatory stage of certification in the conditions of simulation training of professional activities for each student and trainee could help solve the problem of personnel certification.

The goal of simulation training is not only the acquisition of manual technical skills. The trainee must be aware of his presence in the medical environment, his inextricable connection



with the operated patient, with his pathological condition. To do this, treatment cases are implemented in the form of tasks. But this requires the creation of such modern simulation centers, possibly within the framework of a clinical education cluster. Now each simulation center operates according to its own program. Programs have been written for clinical residency, resuscitation and non-resuscitation specialists, paramedics. In universities, there is a variation in approaches to learning, methods, structure of classes, methods of assessment. The creation of expert groups in specialties will make it possible to systematize the writing of recommendations. At the same time, the problems that need to be solved for the successful and effective implementation of simulation training in medical education are identified: creating the concept of simulation training in the system of medical education in Uzbekistan; creating a regulatory and regulatory framework for simulation training; development and implementation of educational-methodical and software-instrumental support of the simulation educational process; training of teaching staff for simulation training; financial support of the simulation training system; conducting research projects to study the effectiveness of simulation training. In connection with the involvement of a large number of university specialists in the implementation of simulation training, the general level of readiness of employees to introduce virtual technologies into the pedagogical process increases, thinking in general is modernized, pedagogical approaches of teachers are improved and enriched.

POSSIBILITIES OF OZONE THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF GENITOURINARY SYNDROME IN COMBINATION WITH NON-SPECIFIC VAGINITIS

Satimova Sh.M., Mahmudova M.O.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Genitourinary menopausal syndrome (GUMS) is a common pathology among postmenopausal people and is manifested by atrophic changes in the vulva, vagina, lower urinary system, often accompanied by inflammatory processes.

Target. To increase the effectiveness of GUMS treatment accompanied by nonspecific vaginitis through ozone therapy procedures.

Materials and methods . The study included 40 patients with GUMS (an isolated form with a predominant lesion of the vagina without other manifestations of menopause) and nonspecific bacterial vaginitis. The average age of women was 52.3 ± 1.4 years, the duration of postmenopause was 1.3 ± 0.5 years. The patients were divided into 2 groups. Group I of 20 patients received ozonized oil, which was applied to the walls of the vagina for 12–14 days daily. In group II, which also included 20 patients, vaginal suppositories with estriol , suppositories with a combined antimicrobial action, and suppositories with lactobacilli of the LSR35 strain were used. To assess the effectiveness of treatment, patients underwent



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



bacterioscopic , bacteriological examination, determination of the vaginal health index (VHI) according to five signs indicating the depth of atrophy of the vaginal epithelium and the index of maturation of the vaginal epithelium.

Result. Ozone therapy was well tolerated by the patients, no side effects were noted. Signs of the inflammatory process stopped quite quickly - already by the 5-6th day of treatment, pathological discharge from the genital tract stopped in 100% of patients of group I, hyperemia disappeared. In patients of group II, similar effects were achieved 5–7 days later. A bacterioscopic study showed that in 80% of cases, after the completion of ozone therapy, normocenosis was achieved in the majority (80%), in 20%, the presence of rods, cocci, and a significant number of epithelial cells remained in the vaginal flora, which corresponds to an intermediate type of smear. In group II, normocenosis was achieved only in half of the patients; in the second half, an intermediate type of smear was determined. A bacteriological examination of the vaginal discharge showed that all microorganisms present in the vagina significantly reduced their presence in group I patients who received ozonized oil applications. *E.coli* vaginal contamination decreased from $12.2 \pm 0.8 \times 10^7$ to $8.5 \pm 0.1 \times 10^4$ CFU/ml, i.e. 1430 times, *Staphylococcus aureus* - from $11.5 \pm 0.7 \times 10^6$ to $9.1 \pm 0.8 \times 10^3$ CFU/ml, i.e. 1260 times *Staphylococcus epidermidis* - from $15.6 \pm 0.4 \times 10^6$ CFU / ml to $2.7 \pm 0.4 \times 10^3$ CFU / ml, i.e. 5770 times, *Klebsiella pneumoniae* - from $8.8 \pm 0.7 \times 10^6$ to $1.9 \pm 0.5 \times 10^3$ CFU/ml, i.e. 4630 times, *Enterococcus faecalis* - from $14.0 \pm 0.5 \times 10^6$ to $6.4 \pm 0.9 \times 10^3$ CFU/ml, i.e. by 2180 times ($p < 18.0 \pm 1.0$ points ($p > 0.05$)). The indicators of the maturation index of the vaginal epithelium were also excellent, after ozone therapy it reached 65.0 ± 1.0 , in group II 60.0 ± 0 , An important result was the dynamics of the pH of the vaginal secretion - in women of group I, the indicator decreased by 1.48 times to 4.2 ± 0.2 , which is lower than in group II, where the indicator decreased by 1.2 times to 5.0 ± 0.1 ($p > 0.05$) A clinically significant result of ozone therapy was the ability in 100 % of patients to resume sexual life, previously interrupted due to severe dyspareunia due to both atrophy and the associated inflammatory process.

Conclusion. Applications of ozonated oil have a complex effect on the condition of the vagina in patients with genitourinary menopausal syndrome and nonspecific vaginitis, improving tissue trophism and suppressing opportunistic flora faster and more efficiently than traditional treatment.

THE DEGREE OF SYNOSTOSIS OF THE CORONAL SUTURE PARTICIPATED IN THE PTERION

Shadlinski V.B., Abdullayev A.S., Shadlinskaya S.V.

Department of Human Anatomy and Medical Terminology of Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Relevance of the topic. The study of anatomical variants of the pterion is important from both anthropological and clinical points of view. It is customary to designate the place of



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



intersection of the sutures connecting the frontal and parietal bones, the greater wing of the sphenoid bone, and the squamous part of the temporal bone as the pterion. The coronal suture, located between the frontal bone and the parietal bones, has a certain influence on the type of pterion. Complete synostosis of the coronal suture, as well as different degrees of its synostosis, are of clinical interest. In our opinion, a detailed study of the area of the coronal suture involved in the formation of the pterion is important.

Purpose of the study. The study of the degree and synostosis of a part of the coronal suture involved in pterion formation was the purpose of our study.

Materials and research methods. The material for the study was 60 male and 91 female skulls belonging to the I and II stages of adulthood, stored in the craniological collection of the Museum of the Department of Human Anatomy and Medical Terminology. The study used the cranoscopic method. To determine the level of synostosis of the part of the coronal suture involved in the formation of the pterion, the degrees proposed by Richard S. Meindl and C. Owen Lovejoy (1985) were used. According to the scale of ectocranial synostosis (closure) of the sutures proposed by Richard S. Meindl and C. Owen Lovejoy (1985), the degrees of synostosis are defined as follows: no signs of synostosis, minimal synostosis (closure) of the suture, significant synostosis, and complete synostosis. When analyzing the obtained arithmetic data, the Pearson Chi-Square Test and Mann-Whitney U test were used. Statistical analysis was carried out using the program "IBM Statistics SPSS-26".

Research results. The study of male skulls revealed that in the left part of the coronal suture involved in the formation of the pterion, synostosis was not detected in 21 cases (35%). In 7 cases (11.7%), the coronal suture on the left was minimally synostosed, and in 9 cases (15%), it was significantly synostotic. Complete synostosis of the coronal suture involved in the formation of the pterion was detected in 23 cases (38.3%). Part of the coronal suture involved in the right pterion on male skulls for synostosis was identified as follows: in 22 cases (36.7%), the suture was without signs of synostosis, in 1 case (1.7%), suture closure was minimal; and in 12 cases (20.0%), it was significant. In male skulls on the right, the coronal suture was completely synostosed in 25 cases, which was 41.7%. Overall, 21 male skulls (35.0%) had no synostosis; in 39 cases (65.0%), a certain degree of synostosis was revealed. Unilateral synostosis was determined on male skulls in only 1 case (1.7%); in 38 cases (63.3%), the degree of synostosis was observed bilaterally. The study of female skulls showed that in 41 cases (45.1%), there was no synostosis at the coronal suture involved in the formation of the left pterion. The coronal suture on the left was minimally obliterated in 9 cases (9.9%), significantly obliterated in 8 (8.8%) cases. On the left side of female skulls, the coronal suture was closed in 33 cases (36.3%). On the right side, the coronal suture on female skulls remained open (without signs of synostosis) in 41 cases (45.1%); in 13 cases (14.3%), synostosis on this side was minimal. In 10 female skulls (11.0%), on the right side, the coronal suture involved in the formation of the pterion was significantly closed; in 27 cases (29.7%), we observed complete synostosis of this part of the suture on this side. Thus, in 40 female skulls (44.0%), there were no signs of synostosis of the coronal suture involved in the pterion. On 51 female skulls (56.0%),



one or another degree of closure was determined. We observed unilateral synostosis of the coronal suture involved in the pterion only in 2 cases (2.2%); in 49 female skulls (53.8%) the synostosis was bilateral. The use of the Pearson Chi-Square Test and the Mann-Whitney U test showed that the difference in the degree of synostosis between the male and female skulls on the left side is not statistically significant $P\chi^2 = 0.517$; $PU=0.375$. Although the indicated difference was significant on the right side ($P\chi^2=0.016$), the application of the Mann-Whitney U test showed statistical insignificance ($PU=0.094$). The difference in the degree of synostosis of the coronal suture involved in the formation of the pterion between the male and female skulls also revealed statistical insignificance ($P\chi^2 =0.272$; $PU =0.274$). The identification of the degree of synostosis (unilateral and bilateral) on male and female skulls determined the difference, which was also not statistically significant ($P\chi^2 = 0.513$; $PU = 0.255$).

Conclusion. A thorough and scrupulous study of the degree of synostosis of the coronal suture involved in the formation of the pterion serves the interests of theoretical and clinical medicine. The use of the cranoscopic method with statistical analysis of the obtained data showed that all degrees of synostosis, as determined by Richard S. Meindl and C. Owen Lovejoy (1985), are present in this part of the coronal suture.

TO DETERMINE THE TYPE OF CARDIORENAL SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

SHAMSUTDINOVA G.B.

FERGHANA MEDICAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH

Introduction. Heart and kidney lesions are widespread in the population and often coexist, increasing mortality, risk of complications, complexity of treatment and its cost. The definition of a pathophysiological disorder of the heart and kidneys is accepted, in which acute or chronic dysfunction of one of these organs leads to acute or chronic dysfunction of the other, as a cardiorenal syndrome.

The **Purpose of the study:** to study the frequency of detection of cardiorenal syndrome in patients with chronic heart failure (CHF).

Materials and methods of the study: A retrospective analysis of 100 inpatient records of patients treated at the Farovon Clinic in the city of Fergana for the period 2021-2022 with a diagnosis of "Decompensation of chronic heart failure" was carried out. The selection was made randomly. Of them - 19 men (39.66%) and 81 women (60.33%). The average age of patients was 74 ± 10.3 years. The glomerular filtration rate was calculated using the MDRD formula. Statistical processing of the material was carried out by methods of descriptive statistics. The results were considered reliable at $p<0.05$.

Results of the study: A decrease in the glomerular filtration rate corresponding to the criteria of chronic kidney disease (CKD) was detected in 99% of patients (97 people). The examined



patients had chronic cardiorenal (66%), chronic renocardial (3%) and secondary cardiorenal (31%) syndromes. A decrease in glomerular filtration rate more often corresponded to stage 3 of chronic kidney disease (67.6%, $p < 0.05$). The higher the functional class of chronic heart failure was, the more often chronic kidney disease stages 4 and 5 were detected. In patients with stage III chronic heart failure, type 5 cardiorenal syndrome was more common (51.72%, $p < 0.05$). Myocardial infarction was more often observed in patients with type 5 cardiorenal syndrome ($p < 0.0001$).

Conclusion: Our study showed a high prevalence of cardiorenal syndrome among patients with chronic heart failure undergoing inpatient treatment, with the most unfavorable combination of prognostically unfavorable signs in type 5 cardiorenal syndrome.

PREVENTION OF EPILEPTIC ATTACKS IN MODERN IRAN

Shima Ketabi Dizgah¹, Leila Rinatovna Akhmadeeva^{1,2}

¹Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

²Academy of Sciences of Bashkortostan Republic, Ufa, Russia

Epilepsy is a central nervous system (neurological) disorder in which brain activity becomes abnormal, causing seizures or periods of unusual behavior, sensations and sometimes loss of awareness.

How common is epilepsy in Iran? Right now, at least two to two and a half million people in Iran have epilepsy.

What is the most modern way to treat epilepsy in Iran? Surgical treatment

How do they perform surgical treatment? The work in epilepsy surgery is that we must first identify the anatomical center of the disorder that sends the abnormal waves in the patient's brain. This is done through a variety of brain mapping methods, imaging, MRI and EEG. If we can identify the center of sending the waves in the brain, we have gone halfway to the treatment. The first seizures, usually 50% of their cause can be easily diagnosed, and this makes it a little easier to diagnose the center of the brain disorder. But in this process, the most important issue is that the identification and final treatment of seizures and epilepsy requires a very precise teamwork; a team effort involving neurologists, brain mappers, highly educated neurosurgeons, and professionally trained nurses.

How effective is surgery? We must say that 70% of patients recover completely after surgery and forget about convulsions and epilepsy with only 6 months to 1 year of using medications. Those 30% who do not experience complete recovery and complete cessation of seizures, will have Partial recovery.

What means partial recovery? It means that if a person has three seizures in a day, it will be reduced to once a month, or if he falls during each seizure, he will no longer experience this.

What we mean by partial recovery in general is that the person will no longer experience those



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



dangerous cases of convulsions, so if he compares himself to the previous situation, he will see that he has actually stepped into the world of recovery. Meanwhile, we have a positive statistic that I must mention; in general, 30% of seizures that are resistant to drug treatment can be cured with one type of surgery.

How many years has this surgical method treatment of epilepsy been popular in Iran? It has been done for a long time. But it has only been a few years that some of neurosurgeons have focused more on it. Apart from the fact that we consider the treatment of this disease to be a field of medicine, we believe that there is a kind of human mission on it, because the improvement of every convulsive patient, is the improvement of the mental and psychological condition of a family & society.

Are there patients who do not believe in surgical method? Yes, very much, some patients and their relatives never could imagine that seizures can be treated by surgery but after the recovery of the patient, they saw a new window of functional surgery in modern medicine.

There is an attitude in Iranian society that sometimes considers brain surgeries ineffective in the field of seizure surgery, how can this attitude be faced?

Nowadays the most famous medical researchers in the advanced world today say: Seizures should be treated immediately by surgery, because the repetition of each seizure can make the patient's brain lesions far more severe, as well as the harmful side effects of medication, which can make the patient's condition worse over time. Another point should be added to this issue, which is that the consequence of each fall on the ground can cause worse and more serious injuries in other organs and areas of the patient's body.

How much does it cost to do seizure surgery in Iran? The answer to this question depends on where do you want to do the surgery, if you do it in a private hospital it may cost you 2000 American dollars. But in governmental hospitals it is cheaper than this price and it depends on the insurance that you have.

After surgery: brain surgery is a treatment that requires adequate recovery. Recovery time for brain surgery can be long for most patients. They must stay at the hospital, 3 to 4 days after surgery. They might have pain for a few days after the operation. They might have moderate pain & swelling till a few weeks after the operation. They may need to leave school or work for up to three months. Patients need to continue taking anticoagulants for at least two years after the operation.

This paper was written as a discussion by a 4th year medical student from Iran currently studying in Ufa, Russia and represents the opinion of this student. It has been co-authored by a professor of Neurology from Ufa, who motivated the student and edited some of her thoughts.



MEASURES TO PREVENT IODINE DEFICIENCY IMBALANCE IN ADOLESCENTS WITH TRACE ELEMENTS

Sultanova F.H., Arzikulov A.S.

Department of Pediatrics

Andijan State Medical Institute

Relevance. Iodine deficiency conditions (YDS), caused by natural iodine deficiency in the environment and, consequently, in food, are among the most common non-communicable human diseases. 650 million inhabitants of the Earth have endemic goiter, and 45 million have severe mental retardation due to iodine deficiency.

In different regions, diffuse endemic goiter occurs with a frequency from 11 to 40-80 per 100 examined. The problem of iodine deficiency diseases (IDD) remains relevant for our country in the XXI century, as evidenced by numerous publications.

It should be noted that this problem is not only medico-social, but also economic, as it leads to a significant loss of the intellectual, educational and professional potential of the nation, and therefore it should be solved on the basis of the development and implementation of a complex of organizational medical and social measures in the regions.

The **Purpose of the study.** To develop a set of scientifically based medical and social measures to reduce the intensity of goiter endemia in the region on the basis of identifying the prevalence of iodine deficiency conditions, assessing the health of children and adolescents, the effectiveness of various methods and methods of eliminating iodine deficiency.

Materials and methods of research. From 2020 to 2023, an increase in the incidence of thyroid pathology by 29% was detected in the Fergana region, while in Andijan - by 22% and in the Andijan region - by 35%. Of these, 2/3 are due to iodine deficiency diseases, which are largely common among adolescents and children in the Andijan region, which is due to their insufficient consumption of iodine (iodized salt and iodine-containing products).

The results of the study. The **Research results** have shown that the pituitary-thyroid system of children reacts to adverse environmental factors by increasing its function and changing the ratio of thyroid hormones in order to ensure compensatory reactions of the body. In qualitative terms, the response from the pituitary-thyroid system to harmful factors in children and adolescents is of the same type.

The performed studies allow us to assume that the pituitary-thyroid system of children living in conditions of chronic technogenic stress on the background of moderate-severity DM is in a compensatory-stressed state.

With the complex effect of ME, one has to face the fact of their balanced content, since ME affects the body not only with complexity, but also with a certain ratio.

The performed similar calculations and analysis of the values of the associations of ME to iodine in the isolated biosubstrate showed that these indicators are higher in schoolchildren of industrial centers than in the village of Listvyanka mountain type. So, the difference in the link



“iodine : manganese” is from 1.5 to 3 or more times, “iodine: cobalt” - 2-3 or more times; “iodine: zinc” -

1.5-2.5 times; “iodine : chromium” - more than 2 times; “iodine : lead” - more than 3.5 times, and in persons with an enlarged thyroid gland, an increase in the associative values of “iodine : manganese”, “iodine : cobalt”, “iodine: zinc” and “iodine: lead” is observed in comparison with the control groups. The results obtained indicate an aggravation of the ME imbalance under conditions of technogenic load and more pronounced - with an increase in the thyroid, especially in the links “iodine : manganese”, “iodine : lead”.

Conclusion. Thus, the establishment of the role of chemical elements in the development of IDZ should be the basis for the development of preventive recommendations, since, without taking into account the significance of the toxic factor, we do not get positive effects when introducing iodine prevention, and the priority in the complex of preventive measures should belong to the correction of environmentally caused health changes.

ERRORS IN DETERMINING THE SEVERITY OF A BURN INJURY

Ten D.O., Salakhiddinov K.Z., Komilzhanov A.E.
Andijan state medical institute

When analyzing the accuracy of diagnosing the severity of a burn injury by surgeons and other medical specialists of different levels of training involved in the treatment of burns at various stages of assisting the burnt, errors constantly are detected in determining the total burn area and the depth of thermal burns. At the prehospital stage, they reach 100%, and in surgical and burn hospitals, depending on the qualifications of the doctor, 70-10%.

In 80% of cases, there is an overestimation of the total burn area, in 20% - an underestimation. The burn area is overestimated by 5-30% of the human body surface; the underestimation area is 2-10% of the human body surface.

There is a certain pattern in the accuracy of diagnosing the total burn area: the difference between the determined and the true value is the smaller, the more extensive the burns. Accuracy in diagnosing the total burn area and deep lesion area is most important for limited and extensive lesions, especially in cases of massive burns.

Overestimation of the total burn area: a) Transfers the patient to another category of condition severity or to another group of burn injury severity. b) Affects the indications for infusion therapy, since, according to various literary sources, it begins with 10%, 15%, 20%, 25% or 30% of the victim's body surface. c) Rapid determination of the area of the burn and calculation of fluid requirements can be difficult and often incorrect if the person involved in the treatment of these burns is an inexperienced physician. The total burn area is 10% higher than true PT in a patient weighing 75 kg when using The Parkland formula will result in a predicted resuscitation fluid volume of 3000 ml in excess of what is needed. d) Early administration of a large volume in



the absence of hypovolemia is a triggering factor for the occurrence of the phenomenon of "fluid creep", severe over resuscitation and the occurrence of compartment syndromes. Likewise, an error in the definition of the deep lesion area can lead to an overestimation or underestimation of the severity of the condition and inappropriate initial treatment. An underestimation of the value of the total burn area or the deep lesion area leads to less severe consequences. In domestic practice, the "rule of nines" or "rule of the palm" is most often used to determine the total burn area, abroad - the Lund-Browder table, as well as a 3D model. But, as shown in a number of studies, the area of the palm of an individual is about 0.78% of the area of the human body. To standardize the definition of the total burn area, it is necessary to create a Russian unified methodology for diagnosing the affected area.

THE PROBLEM OF INFECTIOUS COMPLICATIONS WITH BURNS

Ten D.O., Salakhiddinov K.Z., Komilzhanov A.E.
Andijan state medical institute

The solution to the issues of prevention and treatment of infectious complications in patients with burns should be comprehensive, including not only the optimal treatment of the local wound process, but also the prevention of infection of the most vulnerable target organs and the development of generalization of the infectious process.

One of the ways of infection in critically ill patients is intestinal translocation, which requires a competent therapeutic approach to minimize invasion. The role of wound infection in the development and maintenance of inflammation in burn injury is quite significant, so control of wound infection is important not only for deep, but also for superficial burn lesions, as well as in the treatment of donor wounds.

Infections of the respiratory system – trachea-bronchitis and pneumonia - complicate the course of burn disease in about 35% of victims. Pneumonia is the most often formed in patients with combined thermal inhalation injury, especially in cases of respiratory tract injury of II and III severity. In addition to the inhalation injury syndrome, risk factors for the development of infectious complications of the respiratory system include non-inhalation lung lesions in burn shock, as well as changes in the mechanisms of local resistance of the mucous membrane of the tracheobronchial tree.

Intensive care is impossible without intravenous infusions, so all critically ill patients have a venous catheter, most often a central one, which can also be the entry gate for infection. Bacteremia and a symptom complex of sepsis clinically manifest catheter-associated infections of the bloodstream. Sepsis is the most severe complication of burn disease and the main cause of death in patients with thermal injury.

To date, there is not ambiguous view on the diagnosis, prevention and treatment of this complication.



Thus, the problem of infectious complications is of great importance in the treatment of patients with burn injuries and is the main cause of deaths in burn injuries. To solve this problem, it is necessary to follow the general principles for the prevention of nosocomial infection in hospitals, the prevention of the formation of multidrug-resistant strains of microorganisms, and the use of an antimicrobial therapy control strategy.

A STUDY OF THE PROBLEM OF THE MENSTRUAL CYCLE DISORDER

Todjiyeva N.I., Sadullayeva D.K.

Samarkand State Medical University

Scientific adviser: DcS. Khudoyarova D.R.

The **Purpose of the study:** to determine the correlation of menstrual cycle disorders in teenage girls with body mass index, morphometric-echographic characteristics of the uterus and ovaries.

Research methods: 104 adolescent girls aged 14-17 years were examined after menarche. The first group consisted of 52 girls with normal menstrual cycles, and the second group consisted of 52 girls with irregular periods. An ultrasound examination of the pelvic organs was performed: the size of the uterus, left and right ovaries was determined. The criteria include the uterus and both ovaries, the presence of menstruation (at the time of examination or in the anamnesis).

Results of the study: Body mass index was higher in girls with menstrual cycle disorders. According to the results, it was found that the basis of body mass in the second group of girls is not muscle tissue, but fat tissue. Body mass index for girls aged 15-16 years is normally 21-22 kg/m². Body mass index was higher than 22 kg/m² in 42 (81%) girls with irregular menstrual cycle and 10 (19%) girls with normal menstruation. According to this, the increase in body mass index and the violation of the menstrual cycle are related to each other.

Within the groups, the size of the right and left ovaries did not differ from each other. But the difference in size was observed in the girls of the first and second groups. The size of ovaries in girls with menstrual disorders is larger compared to the size of ovaries in girls with normal menstruation: 8.15±0.32 cm³ vs. 6.69±0.3 cm³ (p=0.005) and 8.15±0.32 cm³ versus 6.98±0.25 cm³ (p=0.005) is equal to the volume of the left and right ovaries of girls in groups 2 and 1. This difference was observed not only in the size of the ovary, but also in its average size. During the follow-up, adolescent girls with ovarian size of 8 cm³ and above were compared. We took this value as a conditional threshold indicator (higher rounded value in group 1 and lower rounded value in group 2). The size of the uterus in the two groups was almost the same.

Thus, in our observations, the age of teenage girls at the time of examination was almost the same. This allowed us to accurately calculate other characters. Attention was paid to weight gain due to fat tissue in girls with menstrual disorders. It is known that obesity has an



ambiguous effect on menstrual disorders. On the one hand, as a result of obesity, the ratio of gonadotropic hormones is disturbed and ovarian polycystic transformation is observed. On the other hand, in many cases polycystic ovary syndrome is manifested with obesity along with other symptoms. In favor of these estimates, the size of the ovaries in adolescents with disturbed menstrual cycles is also evidenced. Symmetrical sizes of the right and left ovaries in the examined groups rule out local damage to the gonads. It shows that the size of the uterus in groups 1 and 2 does not depend on menstrual cycle disorders.

Conclusions: The age of the girls in the group and the age of menstruation at the time of the examination are proportional to each other. The average body mass index of teenage girls in the group with menstrual disorders is higher than in the first group. In girls with menstrual disorders, the size of both ovaries was larger than in the first group. There was no statistical difference in the size of the uterus between groups 1 and 2.

THE EFFECTIVENESS OF MENOPAUSAL SYNDROME

Usmonova G.A.

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

Introduction. The effectiveness of existing alternative treatments is controversial, and the effect of therapy is often equated with a placebo. Nevertheless, the number of patients using herbal preparations for the treatment of hot flashes is not only not decreasing, but is also growing in a number of countries.

The results of studies on the effectiveness of herbal preparations are extremely contradictory. The optimal duration of CS treatment with phytopreparations has not been determined, in the vast majority of works, the issues of efficacy and safety of therapy are considered only within three months of their use. In connection with the above, the study of the effectiveness and safety of herbal preparations in comparison with placebo, as well as the possible duration of therapy is very relevant.

The **Purpose of the study.** The purpose of our work was to substantiate the need for an integrated approach to the treatment of menopausal syndrome, taking into account the peculiarities of the lipid profile in women.

Materials and methods. The prospective study included 189 women aged 40 to 64 years with complaints characteristic of COP on the terms of voluntary informed consent.

The results of the study. The study found that the change in the lipid spectrum towards atherogenic dyslipidemia was significantly higher in women in the age group older than 51 years, compared with patients younger than 45 years ($p < 0.05$) and older than 46-50 years ($p < 0.05$).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



According to the data obtained (Table.1) during the statistical analysis, there were no significantly significant differences between the patients of the first and third groups for the indicators of OHs ($p=0.1$) and CsLPNP ($p=0.06$). However, there was an increase in the level of OHs and CSLNP in women of the third group compared to patients of the first and second groups ($p<0.05$).

An interesting fact is that in women with CS, as their biological age increases, along with a statistically significant increase in the indicators of OHs, TG, CsLPNP, CSLPVP, there was no expected decrease in the level of CsLPVP. Thus, the decrease in HDL values in women in cases of a hypoestrogenic condition, with an increase in age from 40 to 64 years (Table), was statistically insignificant ($p= 0.1$). Although, a number of scientific papers confirm that menopause is associated with a decrease in HDL values. It is believed that isolated low values of HDL may themselves be the main risk factors for the development of coronary heart disease (CHD) in postmenopause.

All the examined women were diagnosed with menopausal syndrome of moderate severity. The severity of CS was assessed by calculating the values of the modified menopausal index (MMI), which corresponded to 8-14 points.

The patients included in the study were divided into 3 groups. The first group consisted of 44 women younger than 45 years, the second – 69 people aged 46 to 50 years, the third – 76 women aged 51 to 64 years.

All the patients included in the study had a normal body mass index. The criteria for exclusion from the study were the following parameters: bleeding from the genital tract of unknown etiology; oncological diseases of any localization; pathology of the endometrium; as well as extragenital pathology of moderate or severe severity.

Determination of blood lipid spectrum (cholesterol (Hc), high-density lipoprotein cholesterol (HDL), triglycerides (TG)) It was carried out using standard biochemical kits for the enzymatic colorimetric method on the COBAS-MIRA-S analyzer.

Based on the determination of three main indicators, the following were calculated: total cholesterol (OHc), the content of low-density lipoprotein cholesterol (LDL) and very low-density lipoprotein cholesterol (VLDL), as well as the atherogenicity index (IA).

In order to select the methods of statistical analysis, the compliance of the studied quantitative indicators with the law of normal distribution based on the Shapiro–Wilk criterion was verified. The reliability of the frequency differences in the groups was assessed using the exact Fisher criterion (the differences were considered significant at values of $p<0.05$). The reliability of the statistical estimates used was assumed to be at least 95%.

Conclusions. Thus, the relationship we have identified in women with menopausal syndrome between age and lipidogram indicators necessitates a comprehensive approach to the treatment of manifestations of CS, namely: on the one hand, menopausal hormone therapy, focusing attention when choosing a drug on the criterion of its "metabolic neutrality", and on the other hand, the appointment of lipid-lowering drugs (differentiated depending on the detected violations – nicotines, statins, fibrates, etc.), bringing the therapy



of menopausal disorders in perimenopausal women to a new, "not a template", but a personalized, individually selected level for each woman.

THE EPYDEMOLOGICAL ASPECTS OF ARTERIAL HYPERTENSIONI

Valieva M.YU., Salahiddinov Z.S.

Andijan state medical Institute

Introduction: Particularly acute question of the need for early detection and correction of risk factors in modern populations, exacerbating the severity of hypertension. At the same time remain sensitive issues epidemiological study and control prehypertensive at the population level for the prevention of hypertension and cardiovascular complications, as epidemiological approach is an important informative and accessible method for assessing the prevalence of hypertension among the population. Especially arterial hypertension dangerous women during childbearing age, as it is of childbearing age, when a woman's body is ready to become a mother, that is, to give new life. Only a healthy mother can give a healthy generation. It is arterial hypertension as nothing more dangerous to the developing organism, as a severe disturbance of the circulation, which she leads, can lead to irreversible consequences, including the death of the fetus. Therefore, it is important to the detection of hypertension, especially its presence in prenosological period.

The **Purpose of the study:** comparative study of the prevalence of prehypertension among reorganizational female population of the city of Andijan in ages.

Materials and methods: the material for this study was based on the results of cross-sectional epidemiological study random, representative samples from unorganized female population by method of questioning.

Results: indicated that mean levels of systolic blood pressure are women - 121.2 ± 1.08 , diastolic blood pressure 77.2 ± 0.59 mm rt. article In different age groups the mean values of systolic blood pressure and diastolic blood pressure were noted differences in the levels as follows, respectively: 15-19 - 101.3 ± 1.07 , and in the 20-29 - 111.0 ± 0.81 , 30-39 - $115, 8 \text{ mm} \pm 1.24$, 40-49 - 8 ± 1.94 . In the age range of 19-30 years, the increase in arterial pressure averaged for systolic blood pressure 30.2 mm rt. article and for diastolic blood pressure of 20.1 mm rt. article It is believed that increased blood pressure in childhood or adolescence is associated with physiological growth and sexual maturation of the individual, and in the adult population, to a certain extent with the development of biological processes in the elderly, atherosclerotic vascular remodeling. We have traced the prevalence of prehypertension on the level of relative values among women of childbearing age, which amounted to 110 people, of whom 28 people found prehypertensive that is 24%, and greater than that registered on the current uptake and fell on fertile age in comparison with the General population. It should be noted that in a population where most registered arterial hypertension in women of childbearing age, as it was



traced, more frequently recorded complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period.

Conclusions: Thus, according to studies there is a high prevalence of prehypertension among the population, especially among women of childbearing age. The data obtained indicate that prehypertension is one of the common factors in the 19 - 29 years, the most important period in the life of every woman of childbearing age. The obtained population, the results can be widely used for primary, secondary and tertiary prevention of hypertension or adjustment of antihypertensive therapy to prevent cardiovascular continuum in these patients. Assessment of risk of cardiovascular complications should be conducted not only with the established diagnosis of hypertension, but also in patients with high normal blood pressure for a decision on further tactics of conducting the patient.

THE PREVALENCE OF SOME SOCIAL-MEDICAL BEHAVIOURAL FACTOR OF THE RISK OF THE DEVELOPMENT ARTERIAL HYPERTENZII AMONGST UNORGANIZED FEMININE AND MALE POPULATION ANDIZHAN STATE

Valieva M.YU.

Andijan state medical Institute

Introduction: Arterial hypertension according to its prevalence and implications for cardiovascular disease can be fully attributed to a number of socially significant. The wide distribution of risk factors of arterial hypertension in the modern society, exposure to him the most productive and creative part of the population, revive interest in contemporary aspects of the prevalence and detection of risk factors of hypertension among different segments of the population.

Objective: to Study the prevalence of some socio-medical behavioral risk factors of arterial hypertension (AH) among unorganized male and female population, Andijan in the Ferghana valley at the present stage of development of society.

Materials and methods: the Material for this study was based on the results of cross-sectional epidemiological study random, representative samples from unorganized male and female population aged > 15-70 years, living in Andijan.

Results: Revealed that women and men, the prevalence of social and medical risk factors of hypertension noted in the following levels, respectively: low educational status of 11.4 and 7.9% ($P > 0.05$), social status is 1.2 and 0.7% ($P < 0.05$), mainly mental work to 28.2 and 17.5% ($P < 0.05$), mainly heavy physical labor - 22.3 and 17.9% ($P < 0.05$), episodes in the use of drugs hypertensive actions of 5.9 and 3.6% ($P < 0.05$), poor housing conditions of 8.4 and 1.9% ($P < 0.001$), low consumption of fruit and vegetables - 12.7 and 7.5% ($P < 0.05$), abuse of Nasva - 0,0 and 87.5% ($P < 0.001$), preferential consumption of meat and pastry dishes and 49.2 and 61.1% ($P < 0.05$), the predominant use in the daily diet of fatty foods - 19.8, and 24.6% ($P > 0.05$),



preferential consumption of spicy and salty foods and 12.4 and 10.4% ($P>0.05$) and the abuse of strong tea and coffee - 18.5 and 10.4% ($P<0.05$). Among the population of women employed mainly intense mental labor in different age groups were identified as follows: 15-19 - 8.7%, 20-29 years to 7.7% ($P>0.05$), 30-39 years and 17.3% ($P<0.01$), 40-49 years - 31.3% ($P<0.001$), 50-59 years - 45.8% ($P<0.001$), 60-69 years to 18.5% ($P<0.01$) and > 70 years - to 50.0% ($P<0.001$). Draws attention to the prevalence of factor low consumption of vegetables and fruits which were detected among women younger than 20 years of 13.0% in the 20-29 years age - 5,1% ($P>0.05$), 30-39 years – 8.0% ($p 0.05$), 40-49 years - a 25.0% ($P<0.01$), 50-59 years - of 10.4% ($P<0.01$), 60-69 years - in 11.1% ($P>0.05$) and > 70 years - 50.0% ($P<0.001$).

Conclusions: In the study population a high proportion of such known factors as the abuse of Nasva and pathogenic eating habits and, Vice versa, from 5 to 12 times less frequently mentioned low educational status, poor housing conditions and low consumption of vegetables and fruits.

TREATMENT OF ACUTE GYNECOLOGICAL DISEASES

Khaidarov NS, Khojiyev XM, To'ychiev BA, Nabijonova DY
Republic urgent medical help scientific center Ferghana branch

ANNOTATION

gynecological diseases in girls during 2022 are discussed and compiled. Clinical manifestations are discussed depending on the date and diagnostic methods. Post-treatment statistics and results are presented.

Key words: laparoscopy , torsion of the cervix, apoplexy , adhesion disease, acute gynecological , ovarian cyst .

D disease : Abdominal cavity in girls The problem of a comprehensive approach to the treatment and prevention of adhesion disease is urgent, taking into account the severity of the process, the significant number of injuries, and the development of dangerous complications, especially characteristic of early and young age, as well as the reproductive development of girls and the possibility of having children in the future. remains. Especially after gynecological diseases, the disease has significantly increased in girls, which requires a serious approach to this disease.

The purpose of our study is abdominal cavity in girls Analysis of traditional and laparoscopic operations in the prevention of adhesion disease and predicting the risk of their complications .

Materials and methods : in 2022, 168 female patients with ovarian apoplexy (61 (36.3%) and rupture and twisting of ovarian cysts) came to RShTTYoIMFF emergency pediatric surgery and emergency gynecology department in 2022. 120 of the patients treated operatively: 39 (23.2%) with apoplexy , 9 (5.3%) with ovarian cyst rupture and torsion were treated with conservative treatment. Out of 120 patients who underwent operative treatment, 22 (18.3%)



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



apoplexy cases were performed laparoscopically , 98 (81.7%) cases were due to rupture and twisting of the ovarian cyst , 58 (59%) cases were laparoscopically treated, 40 (41%) cases were laparotomy . treated operatively.

Results that's it shows that _ of the operation type and method according to two to the group being received results analysis done _ Traditional method operation done of patients from surgery after different in 28 (70%) people different complaints with appeal they did These patients must stick intestine eclipse with 3 people the patient again appeal by doing of them to the hospital laid down being in 2(5%) of them mergers separate operation done _

Laparotomy from the operation after in the hospital average treatment 7-10 a.m the day continue reached _ Laparoscopic method done operation in patients to us again appeal those who did it didn't happen and laparoscopic operation done patients average treatment treated for 3-5 days came out .

Transferred studies belly space must stick the disease come at the exit from operations traditional road with operation done in patients meeting a lot observed . Moreover this method with belly curtain and to the intestines excess injuries delivery level abundance because of contracts fruit to be possibly as high as possible remains _ From this except in patients the stomach intestine of activity functional disorders (eating of order violations) were observed . These changes control to do contracts fruit to be sorry in advance guess to do possibility will give and risk factors analysis do , in them complications development and treatment optimization enable gave _

Conclusion : Sharp gynecological diseases operative in treatment complications prevention get in order to in patients prophylactic measures take to go need is showing .

Main attention :

- 1 . Surgery intervention stage prevention : methods and in technologies changes main factors effect to reduce directed surgery procedures i.e operations loperoscopic the approach development and possibility until traditional of methods less use _
2. Long term prevention - improvement through indirectly effect : rational nutrition , physiotherapy , massage , therapy tools through food digestion to do tract performance. physical education and others _

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE DEVELOPMENT OF FACIAL - JAW ANOMALY

XODJAMURATOV OTABEK FARXODOVICH
URGENCH BRANCH OF TASHKENT MEDICAL ACADEMY

Relevance. Anomalies of the maxillary system occupy one of the first places among diseases of the maxillofacial region. Functional and morphological abnormalities were found in 75% of three-year-olds and exceed the prevalence of caries and other dental diseases at this age. According to T.F. Vinogradova, in 3-year-old children, formed anomalies of the



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



development of the dental system were detected in 48%. According to L.M. Grekova, the frequency of anomalies in school-age children is 25%, regardless of gender. According to a number of authors, this indicator increases every year of life. The increase in the frequency of dental anomalies is especially noticeable with the beginning of the change of teeth. The high prevalence of dental anomalies makes orthodontics a socially significant problem, given the large amount of medical care and material costs.

According to the results of the survey of children aged 1 to 3 years, the prevalence of dental anomalies was 56.9%. Moreover, the frequency ranged from 52.2% to 64.2% in children living in different residential areas. The authors did not reveal the dependence of the frequency of dental anomalies on the dislocation of the residential area in relation to the petrochemical complex.

Results Organizational measures that ensure the prevention of dental anomalies in the dispensary monitoring system can be formulated as follows: - clinical examination of children, which allows the district dentist to identify and diagnose emerging or formed dental anomalies, as well as eliminate predisposing factors of their development; - determination of groups for dispensary monitoring and drawing up a plan of preventive and curative measures (for doctors-pediatricians of all profiles of the specialized service); - timely referral of children with formed anomalies to a doctor for treatment; - monitoring of specialized treatment and explaining its role to children, parents and educators; 36 - monitoring the elimination of identified causal factors of anomalies in children; - organization and implementation in children's groups of teaching children, their parents, teaching and medical staff methods of hygiene measures. Preventive measures should be based on the age periods of the child's development. The most favorable period for the prevention of dental anomalies is the period of active jaw growth associated with the formation of a milk bite, which coincides with the early pre-school and preschool age of the child. During these age periods, clinical signs of the main etiological factors related to functional disorders and contributing to the development of dental anomalies are determined.

Conclusion. During the period of replacement bite, preventive measures become less effective. Children with a permanent bite are diagnosed with formed dental anomalies that require time-consuming treatment. Therefore, the identification of active causes and their elimination can no longer have a preventive orientation. Correction of functional disorders is difficult due to the fact that there is a stable interdependence of pathologically altered functions and deviations in the morphological structure of the organs of the oral cavity. These guidelines are structured as follows: according to the periods of childhood, the most common etiological factors and measures for their prevention will be formulated



DEFEAT OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN COVID-19.

Yuldasheva S.L., Butaboev M.T., Kamalova N.L., Matkomilov J.A.

Andijan State Medical Institute.

Annotation. Cardiovascular diseases (CVD) remain the leading cause of death worldwide and have a significant impact on the quality of life of patients and socio-economic aspects. Numerous reports consistently demonstrate that diseases of the circulatory system are one of the main risk factors for increasing the severity of a new coronavirus infection (COVID-19, Coronavirus Disease 2019), including higher risks of hospitalization and hospital-acquired mortality. In the context of the current pandemic, support of patients with cardiovascular pathology requires particularly close attention of doctors. Currently, there are more and more reports about the long-term effects of COVID-19. The long-term consequences of the disease for the health of the cardiovascular system of millions of people who have survived the infection are currently unknown.

Keywords: new coronavirus infection, COVID-19, SARS-CoV-2, cardiovascular complications, chronic heart failure, arterial hypertension, viral myocarditis.

Objective. To study the features of the defeat of the cardiovascular system after a coronavirus infection, to establish the main variants of cardiovascular complications (CVD), to assess the frequency of their prevalence and the impact of concomitant pathology on them.

Methodology. A retrospective analysis of outpatient records of patients for 2021-2022 who had COVID-19 confirmed in the laboratory was carried out. The study was conducted on the cities of Andijan "Polyclinic No. 1". The data of outpatient patient records were analyzed by points a developed questionnaire aimed at collecting data on the state of the cardiovascular system after infection caused by SARS-CoV-2. The study included patients of both sexes from 18 to 93 years old with a diagnosed viral lesion of the cardiovascular system. The analysis included 105 outpatient cards in accordance with the inclusion/exclusion criteria. The average age of the subjects on the basis of medical documentation data was 60.4 ± 10.3 years.

Results. The main symptoms that the patients presented were pain in the area heart rate (62.9%) and increased blood pressure (61.9%). The most common MTRS in postcovid syndrome were: transformation of the form of coronary heart disease (41.9%), rhythm and conduction disorders (29.5%), development of a hypertensive crisis (33.3%). Severe COVID-19 It is a predictor of the development of transformation of the form of coronary heart disease into a more severe one ($p < 0.05$), the development of chronic heart failure (CHF) ($p < 0.05$) and myocarditis ($p < 0.05$). The presence of diabetes mellitus (DM) and dyslipidemia contributes to the development of rhythm disorders and conductivity in the long-term period ($p < 0.05$). Taking anticoagulants during COVID19 treatment significantly reduces the risk of transformation of the form of coronary heart disease ($p < 0.05$).

Conclusion. According to the data of the study, the most frequent complication from the cardiovascular system is the progression of the form of coronary heart disease (41.9%). It was



found that COVID-19 can cause both primary cardiac pathology and aggravate existing diseases of the cardiovascular system.

RECURRENT HERPETIC STOMATITIS IN CHILDREN WITH PNEUMONIA AND THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT METHODS

Yunusov D.M.

Department of Propaedeutics of Children's Diseases and Polyclinic Pediatrics
Andijan State Medical Institute

Relevance. In recent years, there has been an increase in the number of recurrent herpetic stomatitis among children. Despite the variety of medications offered for the treatment of herpetic stomatitis, the frequency of recurrent forms continues to increase. This caused the need to develop new, more effective methods of treating recurrent herpetic stomatitis in children with allergic diseases.

The **Purpose of the study.** To develop a comprehensive treatment program for recurrent herpetic stomatitis in children with pneumonia.

Materials and methods of research. 118 patients were examined and treated from 2022 to 2023 at the Clinic of Pediatric Surgical Dentistry in Andijan.

The results of the study. In children suffering from recurrent herpetic stomatitis, croup pneumonia, the course of the underlying disease is less favorable (moderate and severe forms are 72.0%) than in children without a burdened status (moderate and severe forms of recurrent herpetic stomatitis are 41.0%).

In children suffering from recurrent herpetic stomatitis, a fairly high prevalence of pneumonia (76.0%), and bronchial asthma (19.0%), atopic dermatitis (34.0%), asthmatic bronchitis (23.0%) was found.

For the first time, a method of complex treatment of recurrent herpetic stomatitis in children with pneumonia was developed, consisting in a combination of the immunomodulator lycopide and immunoglobulin anti-allergic.

The immunomodulatory effect of the complex method of treatment of recurrent herpetic stomatitis in children with pneumonia on the factors of local immunity of the oral cavity (indicators of secretory immunoglobulin A, saliva lysozyme and the coefficient of balance of factors of local immunity) has been established.

The method of complex treatment of recurrent herpetic stomatitis has shown a high effectiveness of its effect on cellular and humoral immunity, as well as on the phagocytosis and complement system in children with allergic diseases.

The use of the immunomodulator lycopide in combination with anti-inflammatory immunoglobulin in the treatment of recurrent herpetic stomatitis in children with pneumonia in the near and long term allowed to achieve a stable remission of the disease in 84% of cases.



Normalization of the immunological status of children after the use of a complex method of treatment of recurrent herpetic stomatitis in children with pneumonia correlates with the clinical course of the disease ($g = 76$; $p < 0.05$).

Determination of indicators of local immunity of the oral cavity, humoral and cellular immunity, as well as phagocytosis and complement systems in children with recurrent herpetic stomatitis with allergic diseases can be used as criteria for the effectiveness of a complex method of treatment with lycopide in combination with antiallergic immunoglobulin.

The complex method of combining the immunomodulator lycopide and antiallergic immunoglobulin allows to achieve positive results in 87% of cases in children with recurrent herpetic stomatitis with diseases.

Conclusion. For the treatment of recurrent herpetic stomatitis in children with pneumonia, a comprehensive treatment method is proposed - a combination of the immunomodulator lycopide with antiallergic immunoglobulin.

The data obtained indicate a favorable effect of complex treatment on the immunological status; on the indicators of local immunity of the oral cavity, on the indicators of cellular, humoral immunity, phagocytosis and complement system in children with recurrent herpetic stomatitis on the background of pneumonia.

The use of lycopide in combination with antiallergic immunoglobulin in the treatment of recurrent herpetic stomatitis in children with pneumonia made it possible to achieve stable remission of the disease in 84% of cases, as well as normalization of the immunological status of children, which correlates with the nature of the clinical course of the disease ($g = 76$; $p < 0.05$).

Determination of indicators of local, humoral and cellular immunity, as well as the phagocytosis and complement system in children with recurrent herpetic stomatitis with pneumonia can be used as criteria for the effectiveness of a complex method of treatment with lycopide in combination with antiallergic immunoglobulin.

The complex method of using the lycopid immunomodulator and antiallergic immunoglobulin in the treatment of children with recurrent herpetic stomatitis with pneumonia allows to achieve positive results in 87% of cases.

ACUTE HERPETIC STOMATITIS IN CHILDREN WITH PNEUMONIA AND THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT METHODS

Yunusov D.M.

Department of Propaedeutics of Children's Diseases and Polyclinic Pediatrics
Andijan State Medical Institute

Relevance. Herpes infection is one of the most common and poorly controlled human infections. Herpes simplex virus (HSV) causes various diseases of the central and peripheral



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



nervous system, liver and other parenchymal organs, eyes, skin, mucous membrane of the gastrointestinal tract, genitals, and also has a certain significance in fetal pathology. A combination of various clinical forms of herpetic infection is often observed.

One of the most common forms of herpetic infection is acute herpetic stomatitis. OGS ranks first among all lesions of the oral mucosa and is in the leading group among all infectious diseases of childhood.

The **Purpose of the study.** Learn to diagnose OGS, evaluate clinical manifestations, conduct differential diagnosis of the disease, predict the occurrence of recurrent herpetic stomatitis in children with pneumonia, carry out general and local treatment of OGS, preventive and anti-epidemic measures.

Materials and methods of research. 100 patients were examined and treated from 2022 to 2023 at the Clinic of Pediatric Surgical Dentistry in Andijan.

Clinical and laboratory research methods were carried out for all sick children in the dynamics of their treatment and observation. The diagnosis of "acute herpetic stomatitis with pneumonia" was made on the basis of anamnesis, complaints of sick children and their parents, general clinical and laboratory studies.

The results of the study. The anamnesis of sick children revealed: the role of nutrition, transferred and concomitant diseases, possible adverse factors affecting the body. The severity of the disease was determined by the general condition of sick children (degree of intoxication, capriciousness, lethargy, adynamia), temperature reaction, state of appetite, functioning of the gastrointestinal tract (presence of constipation and diarrhea). Visual examination of the skin of the face and mouth area, the mucous membrane of the oral cavity determined the presence and nature of rashes, the condition of regional lymph nodes.

A violation of the microbiocenosis of oral fluid in children with OGS has been established, consisting in a decrease in the contamination by representatives of obligate microflora, an increase in the seeding of conditionally pathogenic microorganisms and the detection of pathogenic strains - B^Aigeiz and E.soN.

Dysbiosis in the large intestine was detected in children with OGS, characterized by a deficiency of bifidobacteria and lactobacilli, lactose-positive escherichia, an increase in the content of lactose-negative escherichia, staphylococci, Candida and proteus fungi.

A decrease in local nonspecific factors of oral cavity protection has been established, one of the reasons for which is the pathogenization of microflora and a decrease in the activity of oral fluid lysozyme.

Violation of the integrity of the oral mucosa against the background of its acute inflammation is accompanied by an increase in the concentration of $1 |> M$. An increase in concentration indicates tension and an increase in the general resistance of the body, as a protective and adaptive reaction in response to a decrease in local factors protecting the oral cavity.

The use of bifidumbacterin and lactobacterin in the complex treatment of OGS in children with pneumonia is pathogenetically justified and leads to normalization of the species composition



of the microflora of the large intestine, reduces dysbiotic disorders, improves metabolic processes in the body, promotes increased immune forces.

The use of 3% gossypol liniment in combination with the intake of bifidumbacterin and lactobacterin in order to normalize the microflora of the large intestine in children with OGS provides a clinical effect and reduces the duration of the disease. The recovery time for the moderate form is 5.1 ± 0.18 and 5.05 ± 0.26 days.

Conclusion. As a result of the conducted clinical and laboratory studies, a new pathogenetically justified scheme for the treatment of OGS in children with 3% gossypol liniment, biologics: bifidumbacterin and lactobacterin, which is recommended for use by practical dentistry in outpatient and inpatient settings, has been proposed.

CHRONIC OBSTRUCTIVE PYELONEPHRITIS IN CHILDREN CLINICAL AND PATHOGENETIC STAGES, OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND PREDICTION OF OUTCOMES

Yunusov D.M.

Department of Propaedeutics of Children's Diseases and Polyclinic Pediatrics
Andijan State Medical Institute

Relevance. Optimization of approaches to the diagnosis of pyelonephritis in children remains one of the urgent tasks of nephrology at the present stage. There are a number of studies devoted to finding solutions to improve the provision of medical care to children with diseases of the urinary system.

However, to date, there are no evidence-based criteria for detecting the preclinical stage of chronic renal failure, latent renal dysfunction and renal circulatory disorders.

Thus, due to the significant prevalence of chronic pyelonephritis in childhood, the undulating course and progressive decrease in kidney function, the identification of factors affecting the development and course of the disease, the study of the role of hemodynamic mechanisms of chronic pyelonephritis, the search for new ways to assess the functional activity of the kidneys are of particular

Relevance.

The **Purpose of the study.** to develop a pathogenetic model of the progression of chronic obstructive pyelonephritis in children, to optimize the diagnosis and prediction of disease outcomes based on a comprehensive clinical, laboratory and instrumental examination.

Materials and methods of research. The activity of inflammation and sclerosis of renal tissue in 110 children with congenital obstructive uropathies was analyzed.

The results of the study. The content of the following substances was determined in urine: leukocytes, bacteria, interleukin 10 — anti-inflammatory cytokine, RANTES — chemokine, tumor necrosis factor TNF- — pro-inflammatory cytokine, transforming growth factor TGF-. Of these, 42.3% were seeded with *E. coli*, 14.5% with *Stafilococcus*, 21.6% with *Enterobacter*, 8.7%



with Streptococcus, 4.7% with Citobacter and 8 patients who made up 3.1% were seeded with Ps. Aureginosa. Klbsiela is found in 5.1% of children.

In the groups of patients with WMD, the level increase is slightly lower than 13.2 ± 2.7 pg/ml, but significantly different from the norm of 8.1 ± 0.7 pg/ml. The content of cytokine TGF- in the urine of children with congenital obstructive uropathies exceeded the normal level by an average of 30 times (with RM and HG 35.2 ± 6.4 and 35.6 ± 4.2 pg/ml, respectively), with the exception of only patients with WMD, in whom the level was increased to a lesser extent 8.6 ± 3.2 (norm 1.25 ± 0.2). Attention is drawn to the highest possible level of TGF- in children with exacerbation of obstructive pyelonephritis.

In patients with signs of obstructive pyelonephritis, bacterial infection was caused mainly by microorganisms of the E. coli, Stafilococcus, Enterobacter, Proteus family, the degree of bacteriuria was 105-1012 microbial bodies in 1 ml of urine, the examined children revealed selective changes in immune system factors capable of participating in the pathogenesis of chronic obstructive pyelonephritis in children.

Conclusion. Activation of various inflammatory process factors, migration of immune system cells and abnormal cytokine synthesis is expressed in an increase in IL-10 and TGF-.

FEATURES OF ADAPTATION OF LOW-WEIGHT NEWBORNS

Yunusov D.M.

Department of Propaedeutics of Children's Diseases and Polyclinic Pediatrics
Andijan State Medical Institute

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

A deep understanding of the immunological processes in the central nervous system and their involvement in the development of the nervous system and neuropathology is crucial for researchers and practitioners. Knowledge in this area will help to significantly optimize rehabilitation measures for the care of premature and underweight children.

The **Purpose of the study.** Identification of the features of the immune system in full-term and premature newborns with perinatal central nervous system damage, their connection with



neuropsychiatric development, with somatic and infectious morbidity during the first year of life.

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

The results of the study. It was found that the essential bioelement Zn was the most labile among the studied ME. A decrease in the level of Zn on the 5th-7th day of life compared to the baseline level was revealed in premature infants with intrauterine development delay by 55.6% ($p < 0.01$), in premature infants by 45.5% ($p < 0.001$), as well as in full-term infants with intrauterine development delay by 61%. A decrease in the level of Fe on the 5th-7th day of life compared with the data at birth was observed only in premature newborns, while in premature infants with intrauterine development delay by 63.1% ($p < 0.05$) and in premature infants by 64.7% ($p < 0.05$). A significant increase in the Cu level on the 5th-7th day of life when compared with the baseline data was shown in premature infants by 64.5% ($p < 0.05$).

Conclusion. Maladaptive conditions in the early neonatal period are interrelated with the development of an imbalance of essential trace elements in low-weight newborns, as well as with the degree of prematurity and the presence of intrauterine development delay.

PRIMARY MYOCARDITIS AFTER CORONAVIRUS INFECTION AND ITS PROPHYLAXIS

Yusupova MM, Soliyev A. Abdubositov A
Fergana Public Health Medical Institute.

Enter. During the coronavirus pandemic, there are often reports of various degrees of inflammation of the myocardium caused by the SARS-CoV-2 virus. Currently, the pathogenesis has not been fully studied, but it can be assumed that the virus has a direct damaging effect on cardiomyocytes. This problem is relevant for cardiologists and requires active study.

The **Purpose of the study.** Presenting a clinical follow-up of a patient with advanced myocarditis after coronavirus infection.

Materials and methods . Patient A., 52 years old, was infected with a mild form of coronavirus infection in October 2020 (confirmed in the laboratory). After 1 month and a week, he noted pain in the small joints of the hands, shortness of breath, shortness of breath during moderate physical exertion. An increase in laboratory indicators was revealed during the examination: erythrocyte sedimentation rate (ECHT) 70 mm/h, C-reactive protein (CRO) 85 mg/l, rheumatoid factor (RO) 17.2 IU/ml; X-rays of the hands and feet did not reveal pathology. Probably diagnosed with rheumatoid arthritis. In December 2020, the condition worsened: the



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



patient noted increased shortness of breath, dry cough, and pain behind the sternum. The patient was hospitalized in Fergana city hospital number 2 in the scientific institution.

Results. During hospitalization, the patient was examined for systemic connective tissue diseases (including rheumatoid arthritis). In blood tests: leukocytes $16.3 \cdot 10^9 / l$, ECHT- 37 mm/h. Taking into account persistent heart complaints, the patient underwent an ECG examination. Electrocardiography: heart rate 115 beats/min., horizontal position of the electrical axis of the heart, low voltage of the R wave in V1-V4; ST segment depression up to -1.0 mm in leads V5-V6. Echocardiography: enlargement of the left heart. The contractile function of the left ventricular myocardium decreases (ejection fraction 35%). Diffuse hypokinesia of the left ventricular myocardium. Pseudonormal type of violation of the diastolic function of the left ventricular myocardium. Eccentric myocardial hypertrophy of the left ventricle. After examination, rheumatological pathology was excluded. Final clinical diagnosis: myocarditis.

Summary.

1. "The diagnosis of myocarditis meets the diagnostic criteria (ESC, 2013): clinical criteria (a rapid decrease in the left ventricular fraction without ischemic heart disease), laboratory criteria (C-reactive protein (CRO), rheumatoid factor (RO);, increased leukocytes), Antibodies (in this case, antibodies to the IgG coronavirus in a high titer). There is a correlation between the transferred coronavirus infection and primary myocarditis after a few weeks.
2. For this reason, it is shown that the main goal should be focused on the prevention and treatment of heart cardiomyocytes after covid-19, if the main disease is not neglected.

"EPIDEMIOLOGY, RISK FACTORS, CLINICAL AND IMAGING FEATURES AND PRIORITIES OF ESOPHAGEAL CANCER PREVENTION IN THE FERGHANA VALLEY OF UZBEKISTAN"

Zulunov A.T

Relevance of the topic

Esophageal cancer (EC) is a fairly complex and common problem in modern oncology. Taking into account that by the time the symptoms develop in most patients, the process is already disseminated, early diagnosis and prevention, as well as treatment should be comprehensive, with screening and epidemiological studies in the foreground. Nevertheless, today there is no single comprehensive approach to the detection of diseases using epidemiological monitoring in population oncology. The development of specific regional programs in different populations and regions, including in Uzbekistan, based on the results of prospective studies of esophageal cancer is still insufficient. One of the problems with oncological diseases, in particular with esophageal cancer, even the most modern diagnostic methods do not catch the onset of the disease. Epidemiological screening is the process of detecting a disease in a prenosological stadium of people with risk factors, but without clinical risks or manifestations of the disease.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



This is a very important and completely insufficiently developed issue, a popular scientific topic of preventive oncology.

Statistics in Uzbekistan, in particular, a comparative analysis of the incidence and structure of malignant tumors of the population of the Andijan region, differs somewhat from world indicators. Stomach tumors, malignant tumors of the blood and lungs, as well as cervical cancer occupy leading positions in the structure of oncological morbidity. However, these data are based on official statistics, reporting materials on the forms "007" and "030-3", which cannot reflect the true epidemiological conditions and situations regarding cancer. Esophageal cancer is reported, and in general, in the conditions of the Fergana Valley, special epidemiological studies in relation to esophageal cancer have not been conducted. Consequently, true new data on the incidence of esophageal cancer and risk factors for its development in the modern population of this region are missing and/or not. Any epidemiological results of this issue are extremely important for the science of Uzbekistan and necessary for the development of innovative technologies in the field of esophageal cancer prevention among the population.

The purpose of the study:

Improving the program of preventive screening of esophageal cancer in the conditions of the Fergana Valley of Roses and increasing the detection of esophageal neoplasia in the early stages.

Materials and methods of research:

The first stage of the study was based on sanitary and epidemiological data provided by Republican Oncological dispensaries in 2016-2020. The morbidity and mortality associated with EC, the prevalence of EC among the population of the regions and among oncological diseases were studied. The features of the detection of EC were studied.

The second stage of the study was devoted to the search for effective approaches to primary and secondary prevention of EC. The result of this stage of the study was the development and evaluation of the clinical effectiveness of the EC screening algorithm, including the definition of a targeted population, primary screening techniques, secondary screening tactics.

The second stage of the study consisted of 3 branches - the branch of primary, secondary and tertiary screening. A total of 472 patients participated in the second stage of the study, including 268 men (56.78%). The average age of the patients was 46.28 ± 12.49 years..

Research results:

In the course of the study, a targeted population was screened – with a negative history of pathology of the gastroesophageal zone, in which risk factors for EC were identified during the survey. The majority of patients (56.5%) are men. The average age was 46.28 ± 12.49 years.

The most common risk factor for EC in representatives of the targeted population were clinical manifestations of GER, the use of medications associated with the risk of EC and abdominal obesity.

Conclusion:



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



The prevalence of EC in the Fergana Valley of the RUZ is 5.29 cases per 100 thousand population, of which 63% are rural residents, 48.08% are women. EC is 1.98% of all malignant neoplasms. During the period 2016-2020, the prevalence of EC decreased by 21.29% ($p < 0.05$). The mortality rate from EC was 22.27% per year.

Active detection of EC (during preventive examinations) revealed 20.08% of diseases. 51.88% of cases of EC were detected at the 2nd, 25.98% - at the 3rd and 11.72% - at the 4th stage. Detection at an early stage (stage 1) was noted only in 1 case (0.42%).

The proposed program of step-by-step screening of EC makes it possible to detect esophageal neoplasia in 4% of patients with FR EC and previously undiagnosed pathology. Including 25% of patients – at the stage of epithelial neoplasia of low degree, 21% - epithelial neoplasia of high degree, 14% - cancer and invasion of their own plate, 9% - polypoid cancer, 8% - ulcerative cancer with clear boundaries, 9% - ulcerative-infiltrative form, 2% - non-ulcerative diffuse-infiltrative cancer, 2% - unclassifiable progressive cancer.

AGE-RELATED FEATURES OF GASTRODUODENAL DISEASES AMONG THE POPULATION INFECTED WITH THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

Maksumova D. K., Salohiddinov Z.S., Mamasoliev N.S.
Andijan state medical Institute

Introduction: Today, among the population with human immunodeficiency virus have been many clinical, experimental, epidemiological and preventive studies in which, first, there were considerable effectiveness in terms of risk factors and therapeutic continuum; secondly, developed common approaches to organizing and conducting epidemiological screening or preventive intervention. However, such studies among people with human immunodeficiency virus still has not been conducted.

Objective: of the research was to investigate the prevalence of chronic gastroduodenal diseases among the population with human immunodeficiency virus.

Materials and methods. Among a representative group of the population with human immunodeficiency virus 20-69 years was carried out epidemiological study. Used standardized and standardized questionnaires, clinical, instrumental and biochemical studies. Verification of the diagnosis of gastroduodenal disease in each patient was based on the analysis of clinical manifestations, optical information and data integrated research. In regional centres to combat acquired immunodeficiency syndrome specific and nonspecific methods for the detection of human immunodeficiency virus was carried out in accordance with the recommendations of the world health organization (2001).



Results. As can be seen from our data, the prevalence of chronic gastroduodenal diseases among the population with human immunodeficiency virus increases depending on age 48.1% or 2-fold ($p < 0.01$). In different age groups are marked

as follows: 20-29 years - 44,2%, 30-39 years - to 59.6 % ($p < 0.05$), 40 -49 years – 92.3 % ($p < 0.01$), 50-59 years – 62.5 % ($p < 0.05$), 60-69 years of 0.0% and a 20 - 69 years -59.6 % .

The prevalence of peptic ulcer disease and chronic gastroduodenitis also observed with increase in age: 20-29 years, 35.5% and 8.6%, respectively ($p < 0.001$), 30-39 years – 46.4% and 13.2 % ($p < 0.001$), 40-49 years – 60.0% and 46.4 % ($p < 0.05$), 50 - 59 years - of 62.5% and 37.5 %.

Marked chronic superficial gastritis ($p < 0.001$), more than 3 times less chronic erosive gastritis ($p < 0.001$), in 7.4 times less superficial duodenitis ($p < 0.001$) and 11 times less ($p < 0.001$) chronic erosive duodenitis ($p < 0.0001$).

Conclusions In General, the study of the structure of human immunodeficiency virus chronic gastroduodenal diseases has shown that the days of detected up to 73.2 per cent and is marked by a strong reduction of erosive duodenitis (up to 6.6%), chronic superficial gastritis (up 8.3 %) and chronic superficial duodenitis (10.0 %).

THYROID DISEASES, RELEVANCE AND INDICATORS INCIDENCE

Umirzakova R.Z., Mirzaaxmedova I.Z., Xamidova M.I., Yakubbekova M.K., Delkasheva Sh.D.

**Department of hospital therapy and endocrinology
Andijan State Medical Institute**

Relevance: According to WHO, about 2 billion inhabitants of the Earth live in conditions of chronic iodine deficiency deficiency, which leads to dramatic consequences: the development of such thyroid diseases glands, such as endemic diffuse and nodular goiter, mental and physical retardation of children, cretinism, miscarriage; a significant increase in the risk of radiation-induced cancer thyroid gland in case of nuclear disasters. Annually in a specialized endocrinological more than two million adults and 650,000 children with thyroid disease need help.

The **Purpose of the study:** Identification of the main etiology of thyroid diseases and the study incidence rates.

Materials and methods of research: WHO statistics on thyroid diseases.

Results of the study: The thyroid gland is an unpaired organ consisting of two parts: right and left lobes, usually connected. The gland is so named because it is located in front of thyroid cartilage of the larynx. In the central part of the isthmus, the thyroid gland is located in front of the neck, covering the trachea with two sides with volumetric lobes, and in front - an isthmus. A third of people have an additional pyramidal lobule arising from the isthmus. The lateral lobes are located in the region of the lower half lateral surface of the thyroid cartilage, cricoid



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



cartilage and trachea. their lower pole descends to 5-6 tracheal rings. The isthmus is located at the level of 2-4 tracheal rings. Lateral lobes of the gland cover arteria carotis communis, vena jugularis, nervus recurrens, parathyroid glands and adjoin behind the esophagus.

The thyroid gland is a large organ. Each share of iron is voluminous and shaped like language. The erroneous comparison of the thyroid gland with a butterfly complicates the understanding of the change in the gland. The butterfly is predominantly a flat object, while the thyroid is voluminous.

The thyroid gland has its own membrane (tunica fibrosa), from which the glands extend deep into connective tissue partitions dividing it into lobules, and a capsule originating from the fascia of the neck (capsula externa). The thyroid gland with the capsule is not soldered, which is important during operations on her. With the help of ligaments, the capsule fixes the thyroid gland to the cricoid cartilage and trachea, which causes displacement of the gland during swallowing along with the larynx and trachea. This makes it easier to recognize palpation of even small formations in the thyroid gland and allows you to differentiate non-thyroid formations of the neck.

The thyroid gland is supplied with blood from four arteries: the two superior thyroid, right and left, originating from arteria carotis externa and two lower, right and left, originating from arteria subclavia. The arteries of the thyroid gland strongly anastomose with each other, which makes it possible during operations, ligate several vessels at once, without fear of necrosis of the thyroid gland. After entry into the parenchyma of the gland, the arteries form a dense network of small arterioles, which break up into capillaries, which surround the follicles, closely adjacent to the follicular epithelium. Intensity blood circulation of the thyroid gland significantly surpasses all other organs and tissues without exception.

When converted to a unit of tissue weight, the blood flow through the thyroid gland significantly exceeds that in myocardium, brain and kidneys. Venous outflow from the thyroid gland is carried out in vena jugularis interna and venae brachiocephalicae. Lymphatic vessels empty into deep cervical, preglottic, pretracheal and paratracheal lymph nodes.

The thyroid gland has both sympathetic and parasympathetic innervation. Fibers sympathetic innervation originate from the cervical ganglia and form the superior and inferior thyroid nerves. Parasympathetic innervation is carried out by branches of the vagus nerve, superior laryngeal and recurrent laryngeal nerves. Normally, in women, the optimal volume of the thyroid gland is 7-8 ml, and in men, 9-11 ml. Enlargement of the gland by an additional 2-4 ml is physiological, and can occur with energy-consuming conditions. The thyroid gland is made up of two different types of cells: follicular and parafollicular. (C-cells). Follicular cells producing thyroxine (T₄) and triiodothyronine (T₃) form in gland numerous follicles, each of which consists of a central cavity filled with colloid, the main component of which is thyroglobulin protein, surrounded by a single layer cuboidal epithelial cells. Parafollicular cells (C cells) produce a protein hormone calcitonin. T₄ and T₃ are synthesized from the amino acid tyrosine. In addition, there is a biological inactive reverse triiodothyronine (pT₃), which is formed by deiodination of the inner ring T₄ The thyroid gland produces the thyroid hormones thyroxine



and triiodothyronine, which released into the blood, affect all cells and tissues of the body, regulate the rate of various metabolic processes. These hormones are responsible for many vital functions: they regulate activity of the brain, nervous and cardiovascular systems, gastrointestinal tract, affect reproductive function, the work of the mammary and gonads, and much more.

According to WHO, about 2 billion people on Earth live in conditions of chronic iodine deficiency, which leads to dramatic consequences: the development of thyroid diseases such as endemic diffuse and nodular goiter, mental and physical retardation of children, cretinism, miscarriage; a significant increase in the risk of radiation-induced cancer thyroid gland in case of nuclear disasters. Annually in a specialized endocrinological more than two million adults and 650,000 children with thyroid disease need help.

Conclusions: According to international experience, the adoption of laws on mandatory salt iodization - the most effective way to solve the problem, recommended by WHO. From all countries of the former USSR only Russia and Ukraine do not have legislative regulation of the problem of iodine prophylaxis.

IMPORTANCE OF OUTPATIENT TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY ATHEROSCLEROSIS

Xamidova M.I., Yakubbekova M.K., Umirzakova R.Z., Mirzaaxmedova I.Z., Delkasheva Sh.D.
Department of hospital therapy and endocrinology
Andijan State Medical Institute

Introduction. Atherosclerosis is characterized by the formation of heterogeneous plaques (atheromas) in the intima of medium and large arteries; plaques contain lipids, inflammatory cells, smooth muscle cells, and connective tissue. Risk factors include dyslipidemia, diabetes mellitus, smoking, family history, a sedentary lifestyle, obesity, and hypertension. Symptoms appear as the size of the plaque increases or when the plaque ruptures, when blood flow decreases or stops; the picture of the disease depends on the affected artery. Diagnosis is clinical and confirmed by angiography, ultrasound, or other imaging tests. Treatment includes elimination of risk factors, lifestyle and dietary modifications, physical activity, and anti-atherogenic drugs.

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

Material and research methods. The study included 410 patients with coronary artery disease: 287 men and 123 women aged 39 to 78 years. 312 patients made up the long-term



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



observation group. 128 patients were examined under the "drug intervention" protocols, only 30 of them (the nebivolol protocol) were included in the long-term follow-up group.

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

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

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

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

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

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

Conclusions. In

Conclusion, it must be said that improvement of the

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



OPTIMUM ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN PATIENTS WITH REFRACTORY ARTERIAL HYPERTENSION

Xamidova M.I., Yakubbekova M.K., Ахмедов Б.Х., Шокирова Г.К., Mirzaaxmedova I.Z.

Department of hospital therapy and endocrinology
Andijan State Medical Institute

Relevance. Arterial hypertension (AH) is defined as resistant (refractory) if against the background of taking three or more antihypertensive drugs of various classes (one of which diuretic) in doses close to the maximum, it is not possible to achieve the target blood pressure (BP) $<140/90$ mmHg Art. most patients with hypertension (or $< 130/80$ mmHg in patients with diabetes mellitus and kidney failure).

According to the results of the ALLHAT study, it was found that about 47% of patients remained resistant to antihypertensive therapy one year after randomization, despite a rigid regimen titrations and combinations of drugs provided in this study. Similar results (43% of resistant patients) were obtained in Syst-EurStudy. According to YakovlevitchandBlack, suboptimal drug regimen is the most common cause resistance (43%), the next most common cause is drug tolerance (22%), further - secondary hypertension (11%), low compliance (10%).

Purpose of the study. Develop a tactical algorithm for choosing a combined antihypertensive therapy in patients with uncontrolled arterial hypertension (AH) based on application of the results of cardiointervalography (CIG).

Materials and research methods. In 121 patients with controlled hypertension (Group 1) and 26 patients with uncontrolled hypertension (group 2) underwent CIG to assess the tone of the central and peripheral departments of heart rhythm regulation. They were treated with lisinoril 20 mg, indapamide 1.5 mg and bisoprolol 5 mg.

Research results. In patients of the 2nd group during CIG in 80.8% it was found reducing the total power of the spectrum to less than $400 \text{ ms}^2/\text{Hz}$, increasing the power of the ultra-low frequency VLF components in the heart rate spectrum are more than 60%, as well as a decrease in the power of the spectrum of slow (LF) and fast (HF) waves of the spectrum, reflecting, respectively, peripheral sympathetic and parasympathetic influences on the heart.

In these patients, the combined antihypertensive regimen was adjusted by changing bisoprolol to moxonidine. Follow-up of patients within 3 months after the change treatment regimens revealed a favorable decrease in systolic blood pressure from the level of 148.3 ± 3.2 mm Hg. Before 132.8 ± 2.9 mm Hg, diastolic blood pressure - from 98.7 ± 2.1 mm Hg. up to 89.3 ± 1.9 mm Hg

In patients of group 1, the spectrum of vegetative components of heart rhythm regulation was dominated by sympathetic peripheral influences. The presence of bisoprolol in the therapy regimen was pathogenetically justified.

Conclusions. Thus, in the case of resistant hypertension, the clinician should carefully analyze the prescribed antihypertensive therapy regimen, make sure that the



prescribed doses and pathogenetic justification of the combinations used, as well as the correctness of the prescribed regimen of therapy (correlation of the duration of action and the frequency of administration of drugs). If necessary, one more drug should be added to the scheme used, taking into account individual characteristics of the patient (target organ damage, associated and concomitant pathology).

OPTIMUM ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN REFRACTORY PATIENTS ARTERIAL HYPERTENSION

Шокирова Г.К., Ахмедов Б.Х., Mirzaaxmedova I.Z., Xamidova M.I., Yakubbekova M.K.
Department of hospital therapy and endocrinology
Andijan State Medical Institute

Relevance. Arterial hypertension (AH) is defined as resistant (refractory) if against the background of taking three or more antihypertensive drugs of various classes (one of which diuretic) in doses close to the maximum, it is not possible to achieve the target blood pressure (BP) < 140/90 mmHg Art. in most patients with hypertension (or < 130/80 mm Hg in patients with diabetes mellitus and kidney failure). According to the results of the ALLHAT study, it was found that about 47% of patients remained resistant to antihypertensive therapy one year after randomization, despite a rigid regimen titrations and combinations of drugs provided in this study.

Similar results (43% resistant patients) were obtained in the Syst-Eur Study. According to Yakovlevitch and Black, suboptimal drug regimen is the most common cause resistance (43%), the next most common cause is drug tolerance (22%), further — secondary hypertension (11%), low compliance (10%).

Purpose of the study. Develop a tactical algorithm for choosing a combined antihypertensive therapy in patients with uncontrolled arterial hypertension (AH) based on application of the results of cardiointervalography (CIG).

Materials and research methods. In 121 patients with controlled hypertension (Group 1) and 26 patients with uncontrolled hypertension (group 2) treated with lisinoril 20 mg, indapamide 1.5 mg and bisoprolol 5 mg, CIG was performed to assess the tone of the central and peripheral sections of regulation heart rate.

Research results. In patients of the 2nd group during CIG in 80.8% it was found reducing the total power of the spectrum to less than 400 ms²/Hz, increasing the power of the ultra-low frequency VLF components in the heart rate spectrum are more than 60%, as well as a decrease in the power of the spectrum of slow (LF) and fast (HF) waves of the spectrum, reflecting, respectively, peripheral sympathetic and parasympathetic influences on the heart.

In these patients, the combined antihypertensive regimen was adjusted by changing bisoprolol to moxonidine. Follow-up of patients within 3 months after the change treatment regimens



revealed a favorable decrease in systolic blood pressure from the level of 148.3 ± 3.2 mm Hg. Before 132.8 ± 2.9 mm Hg, diastolic blood pressure - from 98.7 ± 2.1 mm Hg. up to 89.3 ± 1.9 mm Hg. In patients of group 1, the spectrum of autonomic components of heart rate regulation was dominated by sympathetic peripheral influences and the presence of bisoprolol in the therapy regimen were pathogenetically justified.

Conclusion. Thus, in the case of resistant hypertension, the clinician should carefully consider the prescribed antihypertensive therapy regimen: make sure that the prescribed doses are adequate and pathogenetic justification of the combinations used, as well as the correctness of the prescribed regimen therapy (correlation of the duration of action and the frequency of prescribing drugs). If necessary, one more drug should be added to the scheme used, taking into account individual characteristics of the patient (target organ damage, associated and concomitant pathology).

ELECTRICAL INSTABILITY OF THE MYOCARDIA IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

Yakubbekova M.K., Axmedov B.X., Mirzaaxmedova I.Z., Xamidova M.I., Шокирова Г.К.

Department of hospital therapy and endocrinology
Andijan State Medical Institute

Relevance. In recent years, the dynamics of morbidity, early disability and mortality in association with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) remains unfavorable, as causes of death, patients with COPD occupy 3rd place, accounting for 5 to 20% of the adult population, yielding only cardio - vascular and oncological pathology.

Almost all types of cardiac arrhythmias occur in patients with COPD. Today there are many hypotheses explaining the causes of arrhythmias in such patients, but so far So far, there is no single point of view on this matter. Often, this category of patients registers PAO and life-threatening arrhythmias.

Recently, more and more data has been published that cardiac arrhythmias are often accompanied by obstructive pulmonary diseases and in many cases can determine the prognosis of life patients. It is important to note that in severe respiratory failure, the frequency of life-threatening arrhythmias approaching that of acute myocardial infarction.

Purpose of the study. The aim of this study was to study diagnostic capabilities of high-resolution electrocardiography and heart rate variability in analysis of myocardial electrical instability in patients with chronic obstructive pulmonary disease in period of exacerbation.

Materials and research methods. The survey included 179 people. Main the group consisted of 144 patients with COPD. Of these, 90 men and 54 women. The mean age of the patients was 47.1 ± 1.5 g. The control group included 35 practically healthy people without respiratory and cardiovascular systems (23 men and 12 women, the average age of which was 42.4 ± 2.8 years).



At patients with COPD examination was carried out in the very first 2 days from the moment of admission to the hospital.

Research results. The average values of the P wave in the group of patients with COPD do not have significant differences with those in healthy individuals according to ECG BP. The greatest changes are characteristic for patients with coronary artery disease with PMA.

In the formation of HLS, the frequency of registering correlates with the severity of disorders function of external respiration and circulatory failure, and the frequency of supraventricular and ventricular arrhythmia is associated with their severity. For patients with COPD without coronary artery disease, supraventricular arrhythmia is characteristic, with the addition of coronary artery disease – and ventricular arrhythmia. The highest frequency of VA is associated with the formation of CHLS and the addition ischemic heart disease. When COPD exacerbations subside, their frequency decreases.

In patients with COPD, the dynamics of BP ECG parameters and P-wave dispersion depend on the severity of DN and NK. When IHD is attached, the temporal indicators of the P wave and the QRS complex have the greatest deviations, which reflects an increase in electrical instability of the myocardium. Heart rate variability improves as COPD exacerbations subside, which indicates a decrease in the degree of tension of adaptive reactions and an improvement in the vegetative regulation. An increase in the duration of R&R and GS^B by 5-7 days of illness and low values spectral power are unfavorable for the long-term prognosis of the disease (arrhythmic complications, SCD and readmissions).

Conclusion. Patients with COPD have changes in the CVD of the ventricular complex, which reflect electrical heterogeneity of the ventricular myocardium. This is probably one of the possible mechanisms of arrhythmogenesis and can be used as a marker of electrical instability hearts.

PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF THE CYTOKINE SPECTRUM AND THEIR CHANGES DURING VIRAL INFECTION COMPLICATED PNEUMONIA

Yakubbekova M.K., Umirzakova R.Z., Mirzaaxmedova I.Z., Xamidova M.I., Delkasheva Sh.D.
Department of hospital therapy and endocrinology
Andijan State Medical Institute

Relevance: The problem of combating viral infections is by far the most an urgent problem not only in medicine but also in all mankind. Great value for more a detailed understanding of the mechanisms of immunopathological changes in the body is given to the role of cytokines. The study of the role of cytokines is one of the fundamental points for understanding the pathogenesis viral infections in general and in particular the nature of the pathogenicity of the virus. For clinical practice the study of the role of the cytokine status is difficult to overestimate, since it reflects the individual,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



the primary reaction to a viral agent, allows you to assess the nature of the course of the process and predict

the outcome of the disease in many viral infections, as well as to objectively evaluate the effectiveness of therapy.

Purpose: To study the role of cytokines in the pathogenesis of viral infection.

Material and methods: The study is based on a clinical and laboratory examination of 75 patients with a viral infection complicated by pneumonia who were admitted to the infectious diseases hospital Andijan region from July to September 2020. All patients were divided into 2 groups according to forms. Group 1 included 22 patients with a severe form of the disease, group 2 included 53 patients of moderate severity currents. All patients underwent MSCT study, which confirmed the presence of pneumonia. IN As a control group, the peripheral blood of 20 healthy individuals was examined. All immunopathological indicators, including interferon and the level of antiviral (α -IFN) and pro-inflammatory (γ -IFN) interferons in peripheral blood serum were studied enzyme-linked immunosorbent assay using Vector-Best test systems (Novosibirsk, Russia).

For establishing the role of the cytokine link in the pathogenesis of viral infection, we determined the level interferons IFN- α and IFN- γ , the level of IL-4 and the level of pro-inflammatory cytokines IL-1 β , IL-6. Our data demonstrate a significant dependence of the level concentration pro-inflammatory cytokines in blood serum from the form of the disease. Particularly pronounced violations observed in patients with severe disease. Detection changes were significantly different from the values obtained in the group of patients with moderate severity of pneumonia. Data received by us demonstrate a significant dependence of the concentration of the level of pro-inflammatory cytokines in serum from the severity of the viral infection. Particularly pronounced disturbances were noted in patients with severe viral infections. The detected changes were significantly different from the values obtained in the group of patients with moderate severity. So, if in severe course the level serum TNF- α in the examined patients was significantly exceeded (243.5 ± 23.9 pg/ml according to compared with the data of persons in the control group - 82.4 ± 7.0 pg/ml, $P < 0.001$), then with moderate severity of the course only a moderate increase in this cytokine was noted (118.7 ± 9.3 pg/ml, compared with the control $P < 0.05$).

When analyzing the results of a study of the level of IL-1 β in blood serum, it was found that in patients with severe course, there is an almost tenfold increase in its level compared to the control - 346.7 ± 36.6 pg/ml versus 35.8 ± 3.9 pg/ml ($P < 0.001$). Patients with moderate severity had

increase in the level of IL-1 β by more than 3 times compared with the control group of individuals - 110.4 ± 8.3 pg/ml ($P < 0.001$). The serum level of IFN- γ in coronavirus infection was significantly lower than in control group and did not depend on its form. Of particular interest was the study of

patients with coronavirus infection, the level of IgE in the blood and the concentration of IL-4 in various biological fluids as markers of inflammatory activity.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Research results. As can be seen from the table, in the peripheral blood of patients, elevated levels of total IgE. The highest level is observed in the group of patients with severe form of the disease (362.0 ± 19.5 IU/l), which significantly exceeds the value of this indicator in patients with moderate severity and course (308.0 ± 13.5 IU/l) and with indicators of the control group (103.0 ± 6.12 IU/l) ($P < 0.001$). Thus, in severe cases, there is a higher content of IgE in serum. blood compared to patients with moderate severity. When studying the level of IL-4 in the blood serum of patients, a similar pattern was revealed: the highest level of IL-4 is typical for patients with severe form of the course (15.1 ± 0.63 pg/ml), which significantly ($P < 0.001$) exceeds the value of this indicator in patients with moderate course (12.0 ± 0.38 pg/ml).

As mentioned above, in patients with a severe course of the disease, the levels of cytokines were higher than with a moderate form of the disease. This was observed for all types of cytokines. The difference lies in that mild forms of the disease usually did not cause an increase in serum levels of IL-1 α and TNF α . The conducted correlation analysis made it possible to establish the presence of a direct relationship between serum levels of IFN- γ and IL-1 β . We have found that the strength of this connection has inversely proportional dependence on the course of a viral infection. So, if in the control group the correlation coefficient was close to unity ($r = 0.95$), then in groups 1 and 2, the values of the coefficient the correlations were 0.59 and 0.37, respectively. Significant correlation coefficients between other pairs of indicators of the content of cytokines were not obtained in any group. Therefore, the results studies confirm the existence of a relationship between the concentrations of IFN- γ and IL-1 β , and this the dependence is direct and decreases depending on the severity of the disease, which indicates violations of immunoregulatory mechanisms, and a reduced concentration of serum INF- γ indicates on the disruption of IL-1 β mediated by the production of IFN- γ by Th-1 cells. Coefficient values correlations (r) between serum levels of IFN- γ and IL-1 β in various forms of viral infections. It is possible that activation of the macrophage link of immunity can contribute to increased production by macrophages of substances that inhibit the synthesis of IFN- γ . Thus, it is established that in most patients with a viral infection complicated by pneumonia, there is a reduced content of T cells. Undoubtedly, a decrease or increase in their number can have negative impact and, in all likelihood, is one of the pathogenetic factors of inflammatory process. As is known, NK cells play an important role in anti-infective defense, and their changes in one and the other side, apparently due to several reasons: partial immunodeficiency, insufficient production of non-toxic antibodies that block the activity of immunocompetent cells.

Conclusions: Our results show a significant dependence of the concentration the level of pro-inflammatory cytokines in the blood serum from the form of viral infection. The results of the study confirm the relationship between the concentrations of IFN- γ and IL 1 β , and this dependence is direct and decreases depending on the severity of the course of the viral pneumonia, which indicates violations of immunoregulatory mechanisms.

Thus, our results indicate a violation of metabolic processes and pronounced immunological changes that contribute to the development of complications of this diseases.



TALABALAR KUN TARTIBINI SHAKLLANTIRISHDA BIORITMLARNING O'RNI

Utamuradova N.A.
Samarqan tibbiyot universiteti

Annotatsiya. Ushbu maqola kun tartibini tashkil etishda bioritmlarning o'ri to'g'risida yozilgan. Talabalarlarning kun tartibini shakllantirish bioritmlarga tayangan holda amalga oshiriladi. Organizmning ishchanlik qobiliyatining kunning qaysi ritmida yuqori va past bo'lishini e'tiborga olgan holda, Talabalarlarda kun tartibini shakllantirish katta ahamiyatga ega. Kun tartibining asosiy qismini aqliy faoliyat egallaydi, ya'ni talaba darsda va uyda aqliy faoliyat (berilgan vazifani bajarish, kitob o'qish, tayorgarlik ko'rish) bilan shug'ullanadi. Shuning uchun aqliy faoliyatni kunning qaysi paytida yuqori va past bo'lishini bilish va shu asosida aqliy faoliyatni ya'ni dars jarayonini to'g'ri tashkil etish, talabaning sog'lig'iga, ruhiy holatiga, o'zlashtirish ko'rsatkichiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Tayanch tushunchlar: bioritm, biologik soat, sikl, gipotalamus, garmon, epifiz, aqliy ritm, ijtimoiy ritm, sirkadiyalik ritm, irsiyat, serotonin, kortizol, sog'lom turmush tarzi, kun tartibi, charchoq.

Аннотация. Эта статья написана о роли биоритмов в организации режима дня студентов. Формирование режима дня осуществляется на основе биоритмов. Большое значение имеет организация распорядка дня с учетом того, в каком ритме дня происходит повышение и понижение работоспособности организма. Основную часть распорядка дня занимает умственная деятельность. Поэтому знание того, в какое время суток происходит умственная деятельность верхняя и нижняя, и на этой основе правильная организация умственной деятельности положительно сказывается на здоровье и психическое состояние.

Ключевые слова: биоритм, биологические часы, цикл, гипоталамус, гармония, шишковидная железа, умственный ритм, социальный ритм, циркадный ритм, наследственность, серотонин, кортизол, здоровый образ жизни, распорядок дня, усталость.

Biologik ritmlar tananing tirik soatidir. Bioritmlar turli xil bo'lib, nafaqat tanada birga yashaydi balki, ular o'zaro bog'liqliklarning murakkab ierarxiyasi (bir - biriga bog'liq holda faoliyat yuritish, bo'ysunish) bilan o'zaro bog'liqdir. Shuni ta'kidlash kerakki, bioritmlar orasida inert, labil ritmlar mavjud bo'lib, ular tashqi ritmlarning ta'siriga boshqacha munosabatda bo'lishadi. Tananing o'sishi va rivojlanishi uchun o'z dasturiga muvofiq "ishlaydigan" (inert) va organizmning hayotiyligini ta'minlaydigan bioritmlar (labil) guruhlariga bo'linadi [2].

Buyuk fiziolog I. P. Pavlov quyidagi fikrni aytib o'tgan "odamlarga qanday qilib to'g'ri ishlashni, dam olishni, ovqatlanishni o'rgatish kerak". Kun tartibi (yoki tartib) - inson faoliyatini tartibga solish, vaqtdan unumli foydalanish, kunning rejasini tuzish va shu rejaga moslashishidir. Talaba tartibini shakllantirish natijasida nerv sistemasida shartli refleks zanjiri hosil bo'ladi [4]. Bunda u doimo bir vaqtda, bir xil tartibda, bir xil faoliyatni amalga oshiradi, dinamik stereotip hosil bo'ladi.

Oranizmning ishchanlik qobiliyatining kunning qaysi ritmida yuqori va past bo'lishini e'tiborga olgan holda, kun tartibini tashkil etish katta ahamiyatga ega. Kun tartibining asosiy qismini aqliy faoliyat egallaydi. Shuning uchun aqliy faoliyatni kunning qaysi paytida yuqori va pastki bo'lishini bilish va shu asosida aqliy faoliyatni ya'ni dars jarayonini to'g'ri tashkil etish bolaning sog'lig'iga, ruhiy holatiga ijobiy ta'sir etadi.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Talabning eng yuqori faol ko'rsatkichlari ertalab soat 8:00 dan 12:00 gacha. Keyin uning darajasi asta-sekin pasayadi va dam olish to'g'ri tashkil etilganda yana tiklanadi, soat 15:00-17:00 gacha, biologik ritmlar yaxshilanadi. Ishlash maksimal darajaga yetgan soatlarga eng qizg'in aqliy ishi to'g'ri kelishi kerak. Bundan tashqari, mashaqqatli aqliy ishdan so'ng, talabning uxlashi qiyin bo'lishi mumkin. Yotishdan oldin sayr qilish, sog'lom, tinch uxlashiga yordam beradi.

Talabada biologik ritmlar barqaror. Agar talaba har kuni bir xil soatlarda, yuqori ishlash davriga to'g'ri keladigan bo'lsa, samarali ishlash va uzoq vaqt davomida barqaror e'tibor darajasini saqlab qolish oson. Jismoniy mashqlar bilan shug'ullanish. ochiq havoda sayr qilishi talaba ruhiyatiga, aqliy va jismoniy rivojlanishiga juda katta ta'sir qiladi, nerv sistemasi dam oladi va kayfiyati ko'tariladi.

Kuniga 3-4 marta ovqatlanish odati insonning ovqat hazm qilish bioritmlarini ham aks ettiradi. Ovqat hazm qilish organlari tunda dam olishadi, ertalab ularning faolligi oshadi va kunduzi maksimal darajaga yetadi, kechqurun asta-sekin pasayadi.

XULOSA. Demak, biologik ritmlar tananing tirik soatidir. Biologik ritmlar organizmning faoliyatida hal qiluvchi rol o'ynaydi. Talaba bioritmlarini uyg'unlashtirishning asosiy usuli - to'g'ri tashkil etilgan kun tartibidir.

QANDLI DIABETDA ANEMIYANING ASORATLARI RIVOJLANISHIDAGI ROLI

*Odiljonova A.B., Yuldasheva N.E.
Gospital terapiya va endokrinologiya kafedrasini
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Izlanish dolzarbligi, Qand kasalligi-organizmda insulin tanqisligi va moddalar almashinuvi buzilishi natijasida kelib chiqadigan kasallikdir. Qand kasalligi sharq xalq tabobat tarixida juda qadimdan ma'lum. Abu Ali ibn Sino bu dardga alohida e'tibor beradi. "Suv qanday ichilgan bo'lsa, shu holda chiqadi", deb yozadi u.

Bu -kasallik odam badanida issiqlikning oshib ketishi tufayli paydo bo'lishini bildiradi. Qand kasalligi tarixiy manbalarga ko'ra, nasliy bo'lishi ham mumkin. Qandli diabetda, qonda qand miqdorini keskin ko'payib, siydik bilan chiqib turadi (tarkibida qand moddasi bo'ladi), tashnalik, ozib ketish quvvatsizlik, badan qichishishi va boshqa alomatlar kuzatiladi.

Kasllikning irsiy yoki hayotda ortirilgan, shuningdek, insulinga bog'liq (diabetning 1-turi) va insulinga bog'liq bo'lmagan (diabetning 2- turi) bilan farq qilinadi. Gulyukoza darajasi har qanday yoshda sakrashi mumkin. Shuning uchun uning no'rmasini bilishimiz zarur.

Ishning maqsadi. Tadqiqot maqsadi qandli diabetda anemiya jarayonini diagnostika algoritmi, uning yangi samarali usuli, shuningdek, ushbu kasallikning kechishi va natijasi uchun prognostik mezonlarni asoslash anemiya kasalligiga chalingan bemorlarni davolash samaradorligini oshirishdan iborat.

Tadqiqot ob'ektlari: Biz 2020-2023 yillarda Andijon viloyat klinikasi gematologiya bo'limida davolanayotgan, 18 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan jami 70 nafar bemorlarning (50 asosiy guruh qandli diabetga chalingan surunkali anemiya tashxisi qo'yilgan, 20 nafar qandli diabetga chalinmagan boshqa patologiyalari nazorat guruhi) ma'lumotlarini o'rganib chiqishni reja qildik.

Tadqiqot metodlari: tadqiqotda shikoyatlar, anamnestik ma'lumotlar, fizikal tekshiruv ma'lumotlari va instrumental tekshiruv ma'lumotlari.



Olingan natijalar. Birinchi marta qandli diabetga chalingan bemorlarda etiologik omilga qarab guruhlarga ajratildi. Bunday farqlash ushbu kasallikni erta aniqlash usullari va samarali davolashni rejalashtirish imkonini berdi.

Birinchi marta qandli diabetga chalingan bemorlarda ushbu kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, QD bilan kasallanganlarda kamqonlikni aniqlash ushbu guruh bemorlarni muntazam ravishda tekshirish mikrovaskulyar asoratlari xavfini minimallashtirish uchun o'z vaqtida davolanishga yordam berish orqali amalga oshirilishi kerak.

Tatbiq etish darajasi va iqtisodiy samaradorligi: Iqtisodiy samaradorlikni oshirishda farmakoterapiya xarajatlarini kamaytirish bilan bog'liq (davolash maqsadida buyuriladigan dori preparatlarning takroriy retseptlari, Shuningdek asoratlari va qoldiq ko'rinishlarni bartaraf etish uchun qo'shimcha tibbiy va reabilitatsiya davolash choralari)ni ko'riladi.

Diagnostika algoritmlari va farmakoterapiyani joriy etish kasallik va kasallik retsidivi chastotasining davomiyligini kamaytiradi va bemorlar hayot sifatini oshiradi va Shu bilan kasalxonaga yotqizish chastotasini kamaytiradi, kasalxonada qolish, farmakoterapiya xarajatlarini va qimmatbaho dori-darmonlarni qabul qilishni kamaytiradi.

Tavsiya etilgan diagnostika algoritmi amalga oshirilgandan so'ng, SPR sabab bo'lgan patologiyalarni erta tashxislash va davolash samaradorligini oshirish kutilmoqda.

Olingan ma'lumotlar Andijon davlat tibbiyot instituti va Respublika tibbiyot institutlarining gematologiya amaliyotlarida ilmiy va didaktik maqsadlar uchun, ijtimoiy-psixologik me'yorni ta'minlash uchun asos bo'lib xizmat qiladi.

Xulosa. Tadqiqot natijalaridan Andijon shahridagi otorinolaringologik holat dinamikasini prognoz qilishda foydalanish mumkin, model Andijon shahri sharoitida qandli diabet va anemiyaga chalingan ixtisoslashgan yordam ko'rsatish tizimini optimallashtirishga imkon beradi.

QANDLI DIABETDA ANEMIYANING TARQALISHI, PATOGENETIK JIHATLARI

*Odiljonova A.B., Yuldasheva N.E.
Gospital terapiya va endokrinologiya kafedrasida
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Izlanish dolzarbligi, Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarning ahvoriga anemiya qanday ta'sir qiladi? Zamonaviy tadqiqotlarga ko'ra, diabetik nefropatiya fonida rivojlangan surunkali buyrak etishmovchiligining kechishi holatlarning yarmidan ko'pida anemiya bilan murakkablashadi. Anemiya diabet bilan og'rigan bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi. Anemiya fonida bemorlarning ishtahasi, jismoniy qobiliyati, intellektual va jinsiy funksiyalari pasayadi. Anemiya bilan og'rigan diabet bilan og'rigan bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklarini rivojlanish xavfi yuqori, chunki anemiya yurak va qon tomirlarining noto'g'ri ishlashiga hissa qo'shadigan mustaqil omil hisoblanadi.

Ishning maqsadi. Tadqiqot maqsadi qandli diabetda anemiya jarayonini diagnostika algoritmi, uning yangi samarali usuli, shuningdek, ushbu kasallikning kechishi va natijasi uchun prognostik mezonlarni asoslash anemiya kasalligiga chalingan bemorlarni davolash samaradorligini oshirishdan iborat.

Tadqiqot ob'ektlari: Biz 2020-2023 yillarda Andijon viloyat klinikasi gematologiya bo'limida davolanayotgan, 18 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan jami 70 nafar bemorlarning (50 asosiy guruh qandli diabetga chalingan surunkali anemiya tashxisi qo'yilgan, 20 nafar qandli



diabetga chalinmagan boshqa patologiyalari nazorat guruhi) ma'lumotlarini o'rganib chiqishni reja qildik.

Olingan natijalar. Birinchi marta qandli diabetga chalingan bemorlarda etiologik omilga qarab guruhlarga ajratildi. Bunday farqlash ushbu kasallikni erta aniqlash usullari va samarali davolashni rejalashtirish imkonini berdi.

Birinchi marta qandli diabetga chalingan bemorlarda ushbu kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, QD bilan kasallanganlarda kamqonlikni aniqlash ushbu guruh bemorlarni muntazam ravishda tekshirish mikrovaskulyar asoratlar xavfini minimallashtirish uchun o'z vaqtida davolanishga yordam berish orqali amalga oshirilishi kerak.

Diagnostika algoritmlari va farmakoterapiyani joriy etish kasallik va kasallik retsidivi chastotasining davomiyligini kamaytiradi va bemorlar hayot sifatini oshiradi va Shu bilan kasalxonaga yotqizish chastotasini kamaytiradi, kasalxonada qolish, farmakoterapiya xarajatlarini va qimmatbaho dori-darmonlarni qabul qilishni kamaytiradi.

Tavsiya etilgan diagnostika algoritmi amalga oshirilgandan so'ng, SPR sabab bo'lgan patologiyalarni erta tashxislash va davolash samaradorligini oshirish kutilmoqda.

Olingan ma'lumotlar Andijon davlat tibbiyot instituti va Respublika tibbiyot institutlarining gematologologiya amaliyotlarida ilmiy va didaktik maqsadlar uchun, ijtimoiy-psixologik me'yorni ta'minlash uchun asos bo'lib xizmat qiladi.

Xulosa. Tadqiqot natijalaridan Andijon shahridagi otorinologologik holat dinamikasini prognoz qilishda foydalanish mumkin, model Andijon shahri sharoitida qandli diabet va anemiyaga chalingan ixtisoslashgan yordam ko'rsatish tizimini optimallashtirishga imkon beradi.

CONVULSIVE DISORDERS IN CHILDREN BORN FROM CLOSELY RELATED MARRIAGES

*Fozilzhonov O.S., Agranovsky M.L., Muminov R.K.
Department of Psychiatry and Narcology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Convulsive syndromes are one of the most important problems of neuropsychiatry, occupying a large percentage of occurrence in the child population. This is especially true in a society where marriages between close relatives are accepted. According to most authors, the frequency of various kinds of developmental anomalies, gross neuropsychiatric disorders, including seizures, as well as early infant mortality is significantly higher in related marriages.

The purpose of the survey. To study the frequency and features of clinical manifestations of convulsive syndromes in children born in closely related marriages.

Material and methods. From among the patients registered in the Andijan Regional Neuropsychiatric Dispensary (AOPND), 100 children born in closely related marriages aged 3 to 15 years were selected. Of these, 47 are boys and 53 are girls. All examined children underwent clinical and paraclinical studies of the brain: neurological and mental status electroencephalogram (EEG); 47 children underwent magnetic resonance imaging (MRI) of the brain.

Results and discussions. Epileptic syndrome was observed in both groups with different frequency and clinical manifestations. In addition to paroxysmal disorders, some children showed neurological deficits of varying severity in the form of signs of organic brain damage, which, however, was not always verified by MRI examination.



Convulsive syndrome in children of the main group was manifested by epileptic seizures more often of a generalized nature – grand mal, confirmed by EEG patterns in the form of a peak wave complex - in 29 children and in 14 children in the form of so-called convulsive readiness, namely, alpha waves with a frequency of 3-5 Hz, an amplitude of 90-95 MV, delta activity, with a frequency of 3-3.5 count / sec, an amplitude of 4 mv.

Conclusions: The combination of hereditary burden and closely related marriages significantly increases the risk of developing children with mental disorders and epilepsy, proceeding with greater progrediency and, accordingly, a worse prognosis.

THE FREQUENCY OF MENTAL ILLNESS IN CHILDREN IN CLOSELY RELATED MARRIAGES

*Fozilzhonov O.S., Agranovsky M.L., Muminov R.K.
Department of Psychiatry and Narcology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The problem of mental disorders in children born in closely related marriages is the most urgent. Marriages between close relatives pose a particular danger of neuropsychiatric diseases. According to most authors, the frequency of stillbirths, spontaneous abortions, congenital deformities, and early mortality among children is significantly higher in related marriages.

The purpose of the survey. To study the frequency and features of clinical diseases in children born in closely related marriages.

Material and methods. From among the patients registered in the Andijan Regional Neuropsychiatric Dispensary (AOPND), 100 children born in closely related marriages aged 3 to 15 years were selected. Of these, 47 are boys and 53 are girls.

Results and discussions. Mental disorders were noted in all children in the form of mental retardation, the presence of convulsive seizures, affective disorders, behavioral pathology, signs of organic brain damage, expressed in neurological deficits of varying severity.

When examining children in thematic patients of group I in the presence of related marriages and hereditary burden, the following mental disorders were identified: mental retardation of varying severity occupies the largest percentage – 52%, the second most common pathology is epilepsy and non-epileptic seizures – 19%, behavioral disorders were observed in 15% of cases, children with organic lesions CNS accounted for 14% of cases.

Mental disorders of group II patients differed from the first group by the prevalence of convulsive syndromes and epilepsy (46%), as well as organic brain damage (28%), in 3rd and 4th places, respectively, mental retardation (16%) and behavioral pathology (10%).

Conclusions. The combination of hereditary burden and closely related marriages among parents significantly increases the risk of developing mental disorders in children, they suffer from mental disorders of greater severity, greater progrediency of the course and, accordingly, a worse prognosis.



ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Фозилжонов О.Ш., Аграновский М.Л., Муминов Р.К.

Кафедра психиатрии и наркологии Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В любом обществе семья как уникальный исторический феномен имеет двойственный характер. С одной стороны — это социальный институт, с другой — малая группа, имеющая свои закономерности функционирования и развития. С институтом семьи тесно связан институт брака.

До сих пор не существует единой нозологической формы для однозначного и исчерпывающего определения ряда расстройств, которые называют «обсессивно-компульсивными».

Более того, намечается довольно своеобразная тенденция к генерированию «новых» ОКР-ов, когда пытаются выделить в отдельные группы такие вариации obsessions как «навязчивое сохранение информации», «навязчивые сомнения в отношениях», «навязчивая ревность» и т. д.

Цель исследования. Изучить причины обсессивно-компульсивных и соматоформных расстройств у молодых женщин, состоящих в браке десять и более лет, проанализировать их и найти решения существующих проблем, результатом чего станет поиск мер психологического поддержания стабильности семьи.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной задачи мы отобрали в общей сложности 60 женщин, состоявших в браке десять и более лет и жаловавшихся на обсессивно-компульсивные и соматоформные расстройства, и провели с ними клинико-статистические и эпидемиологические исследования.

Результаты исследования. При проведении системно-структурного анализа состояния семейного функционирования, сексуального здоровья, здоровья семьи установлено, что причиной развития обоих вариантов семейной дезадаптации служит стержневое поражение психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья, здоровья семьи вследствие наличия ОКР у женщины. Нарушение остальных компонентов и составляющих служит либо патопластическим фактором, способствуя возникновению семейной дезадаптации, либо усугубляет её течение.

Для лиц с изучаемым типом расстройства типичны импульсивность, склонность к сомнениям, и нарушение стереотипа полоролевого и сексуально-эротического поведения.

Одним из первых признаков нарушения адаптации является нарушение межличностной коммуникации, особенно с представителями противоположного пола. При установлении первичного «до-сексуального» контакта, это проявляется в эмоциональной неустойчивости, неадекватной озабоченностью продуктивностью в ущерб получению удовольствия.

Таким образом, данные системно-структурного анализа состояния сексуального здоровья супружеских пар этой группы свидетельствуют о его нарушении почти по всем критериям и о сочетанном поражении его компонентов и составляющих.

Социальный компонент сексуальной адаптации нарушен за счет информационно-оценочной составляющей вследствие недостаточной и неправильной осведомленности



супругов в вопросах психогигиены половой жизни и расхождения типов сексуальной культуры супругов.

При обследовании супругов с помощью карт эрогенных зон мужчины и женщины оказалось, что подавляющее большинство обследованных не только не знали о наличии таких зон, но и считали неприемлемым такой вид сексуального контакта, игнорировали их роль в сексуальном возбуждении и удовлетворении. Все супружеские пары имели неточное представление о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции.

Психологический и социально-психологический компоненты состояния сексуального здоровья были нарушены вследствие несоответствия психосексуальных типов мужчины и женщины, а также неблагоприятного сочетания типов сексуальной мотивации. У 21,8% женщин это приводило к развитию сексуальной, а затем и психологической аверсии.

В ходе выполнения работы клиничко-динамическое изучение больных было дополнено клиничко-психологическим исследованием важных аспектов их психического состояния. Анализ полученных результатов позволяет сделать заключение, что клиническая симптоматика, имеющаяся у больных, тесно сопряжена с глубокими нарушениями когнитивной регуляции аффектов и потребностей. Причем для различных клинических подтипов ОКР имеются свои специфичные варианты таких нарушений и их сочетаний.

Вывод. При семейной дисфункциональности, сексуальной дезадаптации наблюдались преимущественно два способа урегулирования конфликтов - соревнование и избегание, при социально-психологической дезадаптации соревнование и приспособление, но и в значительной части супругов наблюдались такие способы урегулирования конфликтов, как избегание и компромисс.

Таким образом, выявленные в ходе комплексного обследования нарушение функциональности семьи, уровня семейной адаптации, обусловленные наличием патохарактерологических особенностей женщин с ОКР, несоответствие психосексуальных типов.

ТРЕВОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Фозилжонов О.Ш., Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М.
Андижанский государственный медицинский институт,
Кафедра психиатрии и наркологии*

Актуальность. Клиническая картина тревожных расстройств складывается из психических симптомов, наиболее частыми из которых являются тревога, беспокойство "по мелочам", ощущение напряженности и скованности. Также для них характерны соматические проявления, обусловленные преимущественно усилением активности симпатического отдела вегетативной нервной системы. Сочетание психической и соматической симптоматики неслучайно.

Тревога известна каждому. Многие испытывают ее ежедневно. Тревога – это сигнал об угрожающих изменениях в организме или внешнем мире. Тревога является наиболее часто встречающейся из психических расстройств в общемедицинской сети.

Целью нашего исследование явилось выявление особенностей тревожной симптоматики в клинике вегето-сосудистых расстройств. Вегето-сосудистые расстройства сочетаются с коронарной патологией чаще, чем с целым рядом других заболеваний.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Согласно данным литературы, тревога возникает в среднем у 28 % больных вегето-сосудистых расстройств. Комбинация этих болезней ухудшает клинический и социальный прогноз каждой из них.

Результаты исследования. В клинике АГМИ в терапевтическом отделении было обследовано 40 больных, от 30 – 60 лет, из них женщин 18 (45%), мужчин 22 (55%). Среди больных выделены 2 группы: I- группа контрольная в которой 22 человек (13 женщин и 9 мужчин) во время лечения были использованы психотропные средства.

II группа- 18 человек (5 женщин и 13 мужчин) в лечении которых применялось симптоматическое лечение. без включения психотропных средств.

В контрольной группе эффект наблюдался через неделю после применения психотропных средств.

Улучшение состояния во 2 группе наблюдалось лишь после 3 недели (стационарного-1 неделя, амбулаторного – 2 недели) и лишь у 30% (6 больных – 4 женщины и 2 мужчин)

В группе этих больных было отмечено нижеследующие расстройства: часто встречающиеся головные боли, тошнота, рвота, боли в области сердца. Тревога представляет собой чувство напряжения, ожидания, дискомфорта, Первые объективные признаки (учащенное дыхание, мышечные напряжения, дрожь и т. п.). Вторые психовегетативные признаки: снижение настроения, сердцебиение, потливость, приступы головокружения, одышка, колебания настроения.

Эта симптоматика возникала при физических и психоэмоциональных нагрузках, при обострении хронических заболеваний.

Все наблюдаемые пациенты обращались к врачам общего профиля, где лечились с вегето-сосудистыми расстройствами. Все больные предъявляли жалобы на плохой сон, повышенную раздражительность, снижения настроения, тревогу, фобии, снижения работоспособности, утрату интересов.

После назначения даже малых доз психотропных препаратов, (антидепрессантов, в частности феварина и транквилизаторов, в частности атаракса) состояние 27 (67,5%) больных улучшилось в первую неделю, исчезли тревога. В связи с этим целесообразно использование психотропных препаратов в терапевтической практике.

Вывод: Больным с тревожно-депрессивными нарушениями следует назначать антидепрессанты с выраженным анксиолитическим действием. В настоящее время наиболее часто применяются препараты группы селективных ингибиторов обратного захвата серо-тонина (пароксетин, циталопрам, флу-оксетин, флувоксамин, сертралин). Следует отметить, что не все препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина демонстрируют равную эффективность по отношению к тревожным расстройствам. Исходя из этого оптимальными являются препараты сбалансированного действия. К их числу относится пароксетин. Отрадно заметить, что в практике российских врачей наконец появился пароксетин в виде лекарственного средства Рексетин (производства венгерской компании Гедеон Рихтер), обладающий высокой клинической эффективностью и оптимальным отношением качество/стоимость.

Многолетний опыт использования пароксетина показал его высокую противотревожную активность даже в случаях, когда в клинической картине регистрируются частые и интенсивные панические приступы.



Клинически доказано, что длительный прием не приводит к существенному изменению в социальной активности пациентов и не требует профессиональных ограничений.

DIFFUZ TOKSIK BUQOQNI JARROHLIK TAKTIKASINI TAKOMILLASHTIRISH

Jalolov A.S.

*Gospital terapiyasi va endokrinologiya kafedrasii
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Ishning dolzarbligi. Qalqonsimon bez kasalliklari bilan bog'liq muammolar terapevtik va diagnostik tadbirlarning katta arsenaliga qaramay, hozirgi kunda tobora dolzarb bo'lib bormoqda.

Kasallikning turli shakllari bo'lgan bemorlarning katta qismi jarrohlik shifoxonalari tez-tez kech bosqichlarda keladi, bunda konservativ terapiya endi ijobiy ta'sir ko'rsatolmaydi.

Shu bilan birga, diffuz toksik va ko'p tugunli toksik guatrni davolash muammosi alohida e'tiborga loyiqdir, bunda radikal usullardan biri operativ hisoblanadi. Ushbu kasallikdagi asoratlar mavjudligi sababli, ko'pincha umumiy tiroidektomiyaga murojaat qilish kerak, shundan so'ng majburiy almashtirish terapiyasi buyuriladi. O'zgartirish terapiyasining maqbul usulini tanlash ko'plab sabablarga bog'liq bo'lib, ular buzilgan taqdirda gormonal o'zgarishlar bilan bog'liq turli xil patologik ko'rinishlar paydo bo'lishi mumkin.

Ishning maqsadi: diffuz toksik va ko'p tugunli toksik guatr uchun umumiy tiroidektomiyadan so'ng almashtirish terapiyasidan foydalanishning maqbul sxemasini ishlab chiqish.

Materiallar va usullar. Bemorlarning yoshi 27 yoshdan 53 yoshgacha bo'lgan, ulardan 6 nafari erkaklar va 26 nafari ayollardir. 24 bemorda ko'p tugunli, 8 tasida zaharli guatr tashxisi qo'yilgan. Operatsiyadan oldingi davrda bemorlar tirotoksikoz uchun endokrinologik dispanserda davolangan va holat normallashtirishdan so'ng (eutiroidizm) jarrohlik davolash uchun yuborilgan. Operatsiyadan oldingi davrda ko'p tugunli toksik guatr bilan og'rigan bemorlarga o'smalar bilan differentsial tashxis qo'yish uchun sitologik tekshiruv bilan ponksiyon biopsiyasi o'tkazildi.

Natijalar. Gipotireoz barcha bemorlarda kuzatilgan. O'rnini bosuvchi terapiyani buyurishdan maqsad hipotireoidizmning klinik belgilarini bostirish va qondagi TSh darajasini normal saqlashdir. Terapiya yoshi, bemorlarning vazni, yurak-qon tomir kasalliklarining mavjudligi yoki yo'qligiga qarab buyurilgan. Yurak-qon tomir tizimi patologiyasiga ega bo'lmagan 55 yoshgacha bo'lgan odamlarga levotiroksin natriy kuniga 1,6-1,8 mg/kg dozada buyurilgan. Yurak-qon tomir tizimi tomonidan mavjud bo'lgan qo'shma patologiyasi bo'lgan 55 yoshdan oshgan shaxslar – kuniga 12,5-25 mg (0,9 mkg/kg) dozada va qonda TSH nazorati ostida har 2 oyda preparatning dozasi kuniga 25 mg gacha oshiriladi. Keyingi olti oy ichida bemorlarga oyiga bir marta qondagi TSh, T3, T4 darajasini dinamik nazorat qilish tavsiya etiladi.

Xulosalar. Tiroidektomiyadan so'ng almashtirish terapiyasi uchun preparatning dozasi tanlash bemorning jinsi, yoshi, vazni, shuningdek yurak-qon tomir tizimining qo'shma kasalliklari mavjudligiga bog'liq;



DIFFUZ TOKSIK BUQOQNI ZAMONAVIY DIAGNOSTIK ALGORITMI

Jalolov A.S.

*Gospital terapiyasi va endokrinologiya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Kirish. Ushbu makolani asosida diffuz-toksik va endemik buqoq bilan jarrohlik yo'li bilan davolangan hamda operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni davolash taktikasi yoritilgan. Bunda fakultet va gospital xirurgiya, urologiya kafedrası jarrohlik klinikasida 2020 - 2023 yillarda shu patologiya bo'yicha operatsiya bo'lgan 32 nafar bemor kuzatildi. Operatsiyadan keyingi davrda davolash taktikasini tanlaganda bemorlarga o'rnini bosuvchi terapiya va bemorlarni doimiy dinamik kuzatuvini o'tkazilgan.

Ishning maqsadi: diffuz toksik va ko'p tugunli toksik guatr uchun umumiy tiroidektomiyadan so'ng almashtirish terapiyasidan foydalanishning maqbul sxemasini ishlab chiqish.

Materiallar va usullar. 2020 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda ADTI klinikasida diffuz-toksik va ko'p tugunli bo'qoq bilan kasallangan 32 nafar bemor tekshirilib, ularga umumiy tiroidektomiya o'tkazildi. Bemorlarning yoshi 27 yoshdan 53 yoshgacha bo'lgan, ulardan 6 nafari erkaklar va 26 nafari ayollardir. 24 bemorda ko'p tugunli, 8 tasida zaharli guatr tashxisi qo'yilgan. Operatsiyadan oldingi davrda bemorlar tirotoksikoz uchun endokrinologik dispanserda davolangan va holat normallashtirishdan so'ng (eutiroidizm) jarrohlik davolash uchun yuborilgan. Operatsiyadan oldingi davrda ko'p tugunli toksik guatr bilan og'rigan bemorlarga o'smalar bilan differentsial tashxis qo'yish uchun sitologik tekshiruv bilan ponksiyon biopsiyasi o'tkazildi.

Natijalar. Operatsiyadan keyingi dastlabki asoratlardan 5 bemorda vaqtinchalik gipoparatiroidizm kuzatildi va ulardan 4 tasida kaltsiy va D vitamini preparatlarini qo'llash fonida bu belgilar butunlay orqaga qaytdi. Konservativ davo samarasizligi sababli bemorlardan biri respublika endokrinologiya ilmiy markaziga yuborildi, u yerdan vaziyatni yaxshilash uchun yashash joyidagi endokrinolog nazorati ostida yuborildi.

Gipotireoz barcha bemorlarda kuzatilgan. O'rnini bosuvchi terapiyani buyurishdan maqsad hipotiroidizmning klinik belgilarini bostirish va qondagi TSh darajasini normal saqlashdir. Terapiya yoshi, bemorlarning vazni, yurak-qon tomir kasalliklarining mavjudligi yoki yo'qligiga qarab buyurilgan. Yurak-qon tomir tizimi patologiyasiga ega bo'lmagan 55 yoshgacha bo'lgan odamlarga levotiroksin natriy kuniga 1,6-1,8 mg/kg dozada buyurilgan. Yurak-qon tomir tizimi tomonidan mavjud bo'lgan qo'shma patologiyasi bo'lgan 55 yoshdan oshgan shaxslar – kuniga 12,5-25 mg (0,9 mkg/kg) dozada va qonda TSH nazorati ostida har 2 oyda preparatning dozasi kuniga 25 mg gacha oshiriladi. Keyingi olti oy ichida bemorlarga oyiga bir marta qondagi TSh, T3, T4 darajasini dinamik nazorat qilish tavsiya etiladi.

Xulosalar. Tiroidektomiyadan so'ng almashtirish terapiyasi uchun preparatning dozasini tanlash bemorning jinsi, yoshi, vazni, shuningdek yurak-qon tomir tizimining qo'shma kasalliklari mavjudligiga bog'liq;

Agar hipotiroidizmning klinik belgilari paydo bo'lsa, 55 yoshdan oshgan shaxslar har 2 oyda kuniga 25 mg gacha buyurilgan preparatning dozasini oshirishlari kerak;

Almashtirish terapiyasini tayinlash diffuz toksik va ko'p tugunli toksik guatrni operatsiyadan keyingi davolashda majburiy tarkibiy qism bo'lib, endoxirurg va endokrinologning qat'iy nazorati ostida amalga oshiriladi.



ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Акбаров А.А., Далиев А.Г.

Кафедра оториноларингологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Ринит (воспаление слизистой оболочки носа) – одно из самых распространенных заболеваний человека. Существует множество форм ринита, которые с трудом укладываются в единую классификацию.

Некоторые формы, такие как инфекционный, атрофический, гипертрофический ринит и др., представляют собой весьма устоявшиеся, определенные клинические понятия, и методы их лечения легко ложатся в конкретные схемы.

Главной причиной развития вазомоторного ринита у беременных женщин является гормональная перестройка организма. Лечить в этом случае ринит не нужно, примерно со 2-3 триместра дискомфортные симптомы пройдут самостоятельно. У некоторых женщин вазомоторный ринит проходит только после родов.

Таким образом, все вышеизложенное определяет актуальность исследования функционального состояния эндотелия и показателей гемодинамики при проведении ВРС различными анти-гипертензивными препаратами у больных СП и такими факторами риска как курение.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилась оценка состояния эндотелиальной функции у больных вазомоторного ринита с сосудистой патологией и влияние на нее анти-гипертензивных препаратов различных классов при острой фармакологической пробе.

Материалы и методы исследования. В период с 2022 по 2023 год нами обследовано 120 детей с ВР в сочетании с АГ, госпитализированных для ЛОР отделения клиники АГМИ.

Результаты исследования. У всех пациентов с длительностью затруднения носового дыхания более 1 года имеют место сдвиги церебральной сосудистой ауторегуляции и изменения кислотно-основного состояния вне зависимости от этиологии заболевания.

При сроках назальной обструкции от 1 года до 5 лет - повышение реактивности мозговых сосудов (однонаправленный сдвиг констрикторных и дилаторных реакций) и компенсированный дыхательный алкалоз; от 6 до 10 лет - снижение реактивности церебральных сосудов и компенсированный дыхательный алкалоз; более 10 лет – грубое нарушение ауторегуляции мозговых артерий (диспропорция реактивности двух сосудистых бассейнов головного мозга) и компенсированный дыхательный алкалоз с компенсированным метаболическим ацидозом.

Консервативное лечение пациентов с длительностью назальной обструкции до 5 лет приводит к полной нормализации клинико-лабораторных показателей и церебральной гемодинамики в первый месяц после операции. У пациентов с длительностью назальной обструкции до 10 лет хирургическая коррекция носового дыхания приводит к полной нормализации клинико-лабораторных показателей через 3 месяца после операции, однако при этом сохраняется напряжение церебральной сосудистой ауторегуляции.



При назальной обструкции длительностью более 10 лет хирургическое лечение приводит к нормализации клинико-лабораторных показателей через 6 месяцев, однако, при этом сохраняются грубые нарушения церебральной гемодинамики и механизмов церебральной сосудистой ауторегуляции, что ведет в дальнейшем к формированию церебральной патологии.

У пациентов с легкой и средней степенью назальной обструкции (суммарный объемный потока воздуха- 581,01 и 315,23 см³/с; суммарное сопротивление - 0,32 и 0,41 Па/ см³/с, соответственно) повышается реактивность мозговых сосудов (однонаправленный сдвиг констрикторных и дилаторных реакций). У пациентов с тяжелой степенью назальной обструкции (суммарный объемный поток воздуха -284,34 см³/с, суммарное сопротивление- 0,55 Па/ см³/с) наблюдаются значимые и несинхронные сдвиги реактивности мозговых артерий, компенсированный дыхательный алкалоз (снижение парциального давления углекислого газа до 33,5 мм.рт.ст., нарастание парциального напряжения кислорода до 110,93 мм.рт.ст.), компенсированный метаболический ацидоз (уменьшение буферных бикарбонатных оснований до $-0,04 \pm 0,22$ при нормальной концентрации водородных ионов $-7,403$).

Консервативное лечение пациентов с легкой и средней степенью назальной обструкции приводит к восстановлению церебральной сосудистой реактивности в каротидном и вертебрально-базилярном бассейнах, а также параметров кислотно-основного состояния в течение 3-х месяцев после операции. При тяжелой степени назальной обструкции параметры кислотно-основного состояния нормализуются в течение 6 месяцев после операции, однако изменения церебральной гемодинамики сохраняются.

Восстановление носового дыхания ведет к значительному улучшению качества жизни пациентов с различной степенью выраженности и длительностью полиэтиологической назальной обструкции не только за счет нормализации носового дыхания, но и благодаря уменьшению степени цефалгии (в 2,5 раза) в течение 3-6 месяцев после операции.

Вывод. Разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм у пациентов с хронической назальной обструкцией будет способствовать своевременному проведению фармакологической коррекции внутриносовой архитектоники и лучшей реабилитации данной категории пациентов.

Выявленные особенности церебральной гемодинамики и клинико-лабораторных показателей позволяют использовать полученные данные с целью формирования групп риска пациентов в плане развития церебральных заболеваний.

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА В ПАТОГЕНЕЗЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Акбаров А.А., Далиев А.Г.

Кафедра оториноларингологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Вазомоторный ринит — это хроническое заболевание носа, связанное с нарушением регуляции сосудистого тонуса в носу. К боковым стенкам носа



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



крепятся костные структуры, покрытые слизистой оболочкой – носовые раковины. К ним подходит большое количество сосудов.

При вазомоторном рините кровенаполнение этих сосудов нарушается, носовые раковины отекают, что проявляется периодическими симптомами насморка – заложенностью носа, слизистыми выделениями из носа. Развивается обычно у людей старше 20 лет, чаще у женщин.

Цель исследования. Явилось повышение эффективности лечения больных с вазомоторным ринитом посредством выявления и коррекции имеющегося у них микроциркуляции и воздействия на слизистую оболочку полости носа флюктуирующими токами.

Материалы и методы исследования. В период с 2022 по 2023 год нами обследовано 120 детей с ВР в сочетании с АГ, госпитализированных для ЛОР отделения клиники АГМИ.

Результаты исследования. Дыхательная функция носа у больных по результатам ПАРМ оказалась несколько или умеренно нарушенной. Это относилось как к ОП, так и к СВП ($290 \pm 26,9$ см³ /с и $0,76 \pm 0,17$ Па/см³/с, соответственно) при нормальных показателях, равных $320 \pm 34,8$ см³ /с и $0,63 \pm 0,1$ Па/см³ /с.

Исследование мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа выявило у 52 (92,9 %) больных этой группы его значительное снижение до 2-3 степени. Лишь у 4 пациентов (7,1%) он был незначительно снижен до 1 степени.

Исследование обонятельной функции носа, проведенное с использованием качественно-количественного метода с применением комплекта пахучих веществ, выявило у 47 (85%) пациентов этой группы сравнительно небольшое её понижение – у них определена I-II степень гипосмии. Обонятельная функция не была изменена у 9 (15%) больных.

Прежде всего, пациентам назначали лечебную физкультуру в сочетании с физическими способами лечения. Физические способы лечения применяли в зависимости от преобладания у больных симпатикотонии или ваготонии. Им проводили электрофорез лекарственных веществ поперечно на верхнее-шейный отдел позвоночника. При ваготонии применяли электрофорез кальция, кофеина, мезатона, при симпатикотонии - 0,5 % раствора эуфиллина, папаверина, магния, брома (строго индивидуально). Курс состоял из 10-12 процедур.

В основной группе (52 ребенка) все исходные показатели состояния различных функций носа были сходными с таковыми в контрольных группах (см. табл. 1-5). Пациентам этой группы проводили такую же реабилитационную терапию в связи с имеющимся у них СВД, как и пациентам других групп.

Кроме этого, на слизистую оболочку полости носа и носовые раковины пациентов оказывалось воздействие ФТ. ФТ глубоко проникают в ткани, раздражая, главным образом, экстеро- и ангиорецепторы. Асинхронные афферентные потоки, возникающие в результате такого воздействия, подавляют импульсацию и тем самым вызывают локальное воздействие на участке применения. Достигая задних рогов спинного мозга, эти афферентные потоки вызывают также сегментарно-рефлекторные реакции, которые проявляются в усилении регионарного кровотока и активации нейротрофических воздействий на ткани.

В течение процедуры при необходимости силу тока увеличивали для поддержания постоянного ощущения пациентом вибрации. Процедуру проводили ежедневно в течение



15 мин. Курс лечения составил 5-10 процедур. Прибор работал в режиме двуполярного симметричного ФТ.

Вывод Частота встречаемости вазомоторного ринита в структуре ЛОР-патологии детского возраста составляет 9,9 – 15,0%, причем отмечается устойчивая тенденция к увеличению числа больных с вышеупомянутой патологией. У больных в соматических отделениях в 35 – 37% случаев выявлено сочетание синдрома вегетативной дистонии с вазомоторным ринитом.

Нарушение состояния вегетативной нервной системы, проявляющееся синдромом вегетативной дистонии, является одним из основных звеньев патогенеза вазомоторного ринита у больных. Клинические проявления вазомоторного ринита не зависят от типа исходного вегетативного тонуса.

При лечении больных с вазомоторным ринитом следует проводить комплексную патогенетическую терапию с учетом выраженности у них синдрома вегетативной дистонии.

Сравнительный анализ результатов применения различных способов лечения больных с вазомоторным ринитом свидетельствует о преимуществе разработанного комплексного способа, включающего реабилитационную терапию, направленную на нормализацию функционирования у больных ВНС, и местное воздействие на слизистую оболочку полости носа флюктуирующим током.

СОВРЕМЕННЫЕ МАРКЁРЫ КОМОРБИДНОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Абдуллаев С.К., Шамсиев Ф.М.

Ташкентская медицинская академия

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. Эпидемиологические исследования последних лет показали, что у большинства пациентов бронхиальная астма (БА) и аллергический ринит (АР) сопутствуют друг другу, имеют общие факторы риска, сходство иммунологического ответа и хронического аллергического воспаления.

Цель исследования. Изучить клинико-anamnestические и функциональные особенности коморбидности БА и АР у детей, как прогностические маркёры в диагностике и персонализации лечения.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 69 пациентов с atopической БА без сопутствующих аллергических заболеваний (I группа) и 77 пациентов с БА, коморбидной с аллергическим ринитом (II группа). Исследование было проведено в отделении пульмонологии. Исследование функции внешнего дыхания осуществлялось методом компьютерной спирографии.

Результаты исследования. Анализ особенностей течения антенатального периода выявлено, что у матерей больных БА I группы патологическое течение настоящей беременности имело место чаще в первой половине, а у II группы – во второй половине. Наиболее частыми триггерами обострения БА в анамнезе являлись острые респираторные заболевания у детей основных групп. ОРВИ достоверно чаще вызывали обострение болезни у детей I и II группы (63–81,82%; 56-81,86; χ^2 8,332, $P < 0,001$).



Результаты сравнительной оценки ФВД показали, в I и II группах средние показатели ОФВ1 ($0,86 \pm 0,67$ л/с и $1,04 \pm 0,40$ л/с;) индекс Тиффно ($79,18 \pm 9,06$ л/с и $80,70 \pm 7,20\%$), что значительно ниже показателей здоровых детей ($1,38 \pm 0,66$ л/с и $85,56 \pm 8,22\%$), свидетельствуя о наличии бронхообструктивного синдрома. Сравнение спирометрических показателей детей I и II групп выявило различия ЖЕЛ ($1,19 \pm 0,30$ л и $1,44 \pm 0,39$ л). Пропорциональное снижением ОФВ1 и ФЖЕЛ, что указывает на наличие у больных I группы нарушения функции дыхания по смешанному типу. У больных II группы индекс Тиффно был выше за счет более выраженного снижения ОФВ1, чем ФЖЕЛ, что более характерно для БОС.

Выводы. Для БА коморбидной с АР, характерно преобладание мальчиков, развитие ранней сенсбилизации; зависимость нарушения ФВД от контакта с аэроаллергенами. Прогностическим маркером высокого риска является бронхиальная гиперреактивность на физическую нагрузку и рождение от беременности, осложненной гестозом второй половины. Пропорциональное снижение ОФВ1 и ФЖЕЛ, указывает на наличие у больных с БА нарушения ФВД по смешанному типу. У детей с БА с АР индекс Тиффно был выше за счет более выраженного снижения ОФВ1, чем ФЖЕЛ, что более характерно для БОС.

ДИСМИКРОЭЛЕМЕНТОЗЫ И ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Абдуллаев С.К., Шамсиев Ф.М.

Ташкентская медицинская академия

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) у детей уже в течение многих лет привлекает пристальное внимание как исследователей, так и практических врачей. Среди известных факторов риска, повторных эпизодов бронхиальной обструкции, таких как семейный аллергоанамнез, проявления атопии, эозинофилия на сегодняшний день активно изучается роль иммунного и микроэлементного статуса, и значение его дефицита в склонности к частым эпизодам бронхообструкции. Нарушение микроэлементного гомеостаза является одним из важных звеньев патогенеза бронхиальной астмы (БА), которое может опосредованно воздействовать на реактивность бронхиального дерева.

Цель исследования. Определить характер изменений микроэлементного статуса и установить их взаимосвязь с иммунологическим статусом у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Было обследовано 25 детей, больных БА в возрасте от 7 до 14 лет, группу сравнения составили 20 детей того же возраста с острым обструктивным бронхитом. Исследование было проведено в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии. Микроэлементный статус детей определялся в Институте ядерной физики АН РУз путем изучения содержания микроэлементов в волосах методом нейтронно-активационного анализа.

Результаты исследования. По результатам изучения цитокинового статуса, было выявлено, что у детей с БА наблюдается нарастание противовоспалительного цитокина IL-4 во всех группах, но более выражено при БА, превышая норму в 5,8 раза, IL-8 превысил норму в 5,2 раза, TNF- α был повышенным в 3,5 раза по сравнению с детьми контрольной группы ($P < 0,001$). У детей с БА существует дисбаланс минералов и микроэлементов,



проявляющийся снижением в волосах содержания Ca, Mg, Zn, Mn и повышением — K, Cl. Снижение содержания Ca и Mg в волосах сочетается с эозинофилией периферической крови. у детей с БА отмечается гипермикрозлементоз хлора (2237,0 мг/мл), натрия (820,0 мг/мл) и железа (34,7 мг/мл). В свою очередь при БА отмечался меди (8,9 мг/мл), марганца (0,35 мг/мл) и селена (0,23 мг/мл) и кальция (528,3 мг/мл). Дефицит таких микроэлементов как Mg, Cu, Mn и Ca сопровождается развитием вторичной иммунной недостаточности, которая проявляется снижением фагоцитарной активности клеток, уменьшением продукции интерферона.

Выводы. Дефицит магния, меди, марганца и кальция сопровождается развитием вторичной иммунной недостаточности, которая проявляется снижением фагоцитарной активности клеток, уменьшением продукции интерферона. Наибольшие изменения иммунного статуса отмечаются у больных с БА, которые характеризуются достоверно высокими уровнями провоспалительных цитокинов IL-4, IL-8 и TNF α в сыворотке крови и низким уровнем IFN γ , что необходимо учитывать при выборе лечебно-восстановительных программ.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Абдуллаев С.К.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Известно, что в настоящее время нарастает количество случаев коморбидного течения бронхиальной астмы (БА) с аллергическим ринитом (АР) у детей и широко изучается взаимосвязь этих заболеваний. Проблема своевременного выявления БА наиболее актуальна на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи, поскольку именно педиатры поликлиник первыми сталкиваются с проблемами со стороны респираторной системы.

Цель исследования: Изучить клинико-иммунологические особенности коморбидного течения бронхиальной астмы и аллергического ринита у детей.

Материалы и методы. Нами было обследовано 105 детей в возрасте 7-14 лет., из них 35 детей с БА, 70 детей с БА с АР. Всем детям было проведены общеклинические, функциональные и иммунологические методы исследования. В иммунологические исследования входило изучение: концентрацию CD3⁺-, CD4⁺-, CD8⁺-, CD16⁺, CD20⁺ - лимфоцитов и ФАН. Данные обработаны методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты исследования. Наиболее частыми клиническими проявлениями БА с АР были приступы удушья, у 98% детей присутствовал влажный кашель, у 100% отмечалась одышка. Влажные хрипы аускультативно прослушивались у 98%, сухие хрипы у 72% больных. Изучение роли фоновых заболеваний и факторов риска в развитии хронической патологии, поскольку воспалительный процесс именно в легких чаще начинает формироваться у детей с этими проблемами. Значимыми факторами риска восприимчивости к инфекции и повышенной частоты развития патологии БА с АР являются неблагоприятный преморбидный фон, сопутствующие и перенесенные заболевания. При анализе состояния преморбидного фона детей БА, протекающей на фоне АР, у 85% наблюдаемых была диагностирована анемия I, II степени, у детей без АР –



у 82%, атопический дерматит – у 34%, у детей без АР – у 28%. У детей с БА с АР выявляется дисбаланс в системе иммунитета. Со стороны иммунной системы было выявлено достоверное снижение $CD3^+$ (38,7%), $CD4^+$ (25,8%), $CD8^+$ (13,9%) лимфоцитов и ФАН (36,1%), повышение $CD16^+$ (17,6%), $CD20^+$ (34,7%) лимфоцитов по сравнению с группой детей с БА практически здоровыми детьми. Изменения были наиболее выражены у детей с коморбидной патологией БА и АР.

Выводы. У детей с БА с АР своевременно выявлялись клинические признаки (одышка, удушье, пероральные сухие и влажные хрипы, дыхательная недостаточность), при иммунологических исследованиях проявляются более выраженным изменением количества $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD16^+$ $CD20^+$ лимфоцитов, уровня и ФАН. Проведённые исследования показали целесообразность исследования реактивности дыхательных путей у детей, страдающих аллергическим ринитом для выявления группы риска по развитию бронхиальной астмы. Эти дети нуждаются в дальнейшем диспансерном наблюдении и подборе терапии, направленной на уменьшение гиперреактивности бронхов.

ЗНАЧЕНИЕ ИММУННО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Каримова Н.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. Проблема хронических неспецифических заболеваний легких, обуславливающих высокую распространенность, прогрессирующее течение, значительные доли в структуре инвалидности и смертности является одной из наиболее актуальных в современной пульмонологии.

Цель исследования. Выявление особенностей прооксидантной и антиоксидантной систем и иммунного статуса детей, больных хроническим бронхитом и бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Было обследовано 218 детей дошкольного и школьного возрастов, из них 172 больных хроническим бронхитом (ХБ) и 46 детей с бронхиальной астмой (БА). Проводились общеклинические, биохимические и иммунологические исследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты исследования. При анализе биохимических данных в группе детей с ХБ и БА в фазе обострения отмечалось достоверное нарастание уровня малонового диальдегида и диеновых конъюгатов ($P < 0,001$), отмечалось достоверное снижение уровня супероксиддисмутазы и каталазы в сыворотке крови ($P < 0,01$). Если учесть, что одновременно происходило увеличение интенсивности процессов перекисидации, соответствующее в известной степени тяжести клинического течения болезни, то выявление изменения активности супероксиддисмутазы и каталазы следует рассматривать как снижение уровня антиоксидантной защиты. Результаты исследований иммунного статуса детей с ХБ и БА в фазе обострения заболевания выявили глубокие нарушения: снижение $CD3^+$, $CD4^+$ - лимфоцитов, фагоцитарной активности нейтрофилов, повышение $CD8^+$, $CD16^+$, $CD20^+$ лимфоцитов ($P < 0,001$). Исследование интерлейкинов



показало, что у детей с ХБ и БА определялось гиперпродукция провоспалительных и противовоспалительных цитокинов – ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 ($P < 0,001$).

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследований указывают на необходимость решения вопросов назначения больным с хроническим бронхитом и бронхиальной астмой иммуномодулирующих и мембраностабилизирующих препаратов.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПРООКСИДАНТНОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д.,
Узакова Ш.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
педиатрии

Актуальность. В последние годы имеется тенденция к росту числа хронических заболеваний органов дыхания, как у взрослых, так и у детей, что ведет к ухудшению качества жизни и инвалидизации больных. Основное место в их структуре принадлежит хроническому бронхиту.

Цель исследования. Изучить состояние прооксидантной и антиоксидантной системы у больных с хроническим бронхитом (ХБ).

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 50 больных, детей с ХБ в возрасте от 7 до 15 лет, наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. В качестве группы сравнения обследованы 20 детей с острым бронхитом. В процессе комплексного клинико-функционального обследования детей использовались биохимические методы исследования.

Результаты исследования. Проведенные исследования в фазе обострения ХБ показало усиление интенсивности перекисного окисления липидов (ПОЛ), достоверное ($p < 0,001$) увеличение содержания в сыворотке крови как начальных метаболитов ПОЛ – диеновых конъюгатов (ДК), так и конечных метаболитов ПОЛ – малонового диальдегида (МДА). Отмечается достоверное повышение показателей МДА до $7,4 \pm 0,2$ нмоль/мл, которые превышали нормативные данные в 2,6 раза. Показатели ДК повышались до $3,6 \pm 0,1$ нмоль/мл, что было в 3,3 раза выше от нормативных данных. Возрастание уровня продуктов ПОЛ в сыворотке крови больных ХБ свидетельствует об активации свободнорадикального окисления при данной патологии. При исследовании ферментов антиоксидантной системы (АОС) отмечено статистически достоверное снижение уровня СОД до $1,2 \pm 0,02$ (усл.ед./мин \times мг белка) по отношению к группе сравнения ($P < 0,001$). Активность каталазы в сыворотке крови больных детей снижалась и составляла $6,7 \pm 0,2$ (мкмоль/мин \times мг белка) по отношению к группе сравнения ($P < 0,001$). Уровень СОД снижался в 1,7 раза, уровень каталазы – в 1,4 раза по отношению к группе сравнения.

Выводы. У больных с ХБ в сыворотке крови имело место заметное увеличение содержания МД, ДК при одновременном снижении концентрации супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КТ). Оценка состояния ПОЛ-АОС системы у больных с ХБ является дополнительным диагностическим критерием динамического контроля за состоянием больных при выборе комплексного подхода к эффективным лечебно-профилактическим мероприятиям.



СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. В последние годы имеется тенденция к росту числа хронических заболеваний органов дыхания у детей, что нередко ведет к ухудшению качества жизни и инвалидизации больных. Хронический бронхит (хб) и бронхиальная астма (ба) являются самыми распространенными хроническими заболеваниями легких у детей.

Цель исследования. Изучить клинико-функциональные особенности течения хб и ба, как прогностические маркёры в диагностике хронических заболеваний нижних дыхательных путей у детей

Материалы и методы исследования. Обследовано 65 пациентов с ба (i группа) в возрасте 3–16 лет, и 45 пациентов с хб (ii группа). Исследование было проведено в отделении пульмонологии. Оценка функции внешнего дыхания во всех группах проводилась с помощью компьютерного бронхофонографа (кбфг) «паттерн- 01».

Результаты исследования. У детей с хб и ба, были определены следующие отягощающие факторы: в i группе в 2 раза чаще, чем во ii группе отмечалось неблагоприятное течение антенатального и/или интранатального периодов развития (80,0% и 44,4%); патологическое течение родов встречалось (78,5% и 53,3%), пассивное курение (69,2 и 66,6%). При обследовании в стационаре у 41,5% i группы и у 44,4% ii группы, на 1 году жизни был диагностирован рахит i и ii степени, анемия (7,7 и у 11,1%), ожирение (12,3 и 13,3%), бэнп i степени (6,1 и 13,3%). Анализ акустических характеристик дыхания при помощи кбфг, показал повышение уровня акустического компонента работы дыхания в полном частотном диапазоне (акрд общ), акрд в среднечастотном (акрд2) и высокочастотном (акрд3) диапазонах, причем у детей с ба (i группа) наблюдался более высокий уровень акрдобщ, акрд1, акрд3 ($8,46 \pm 2,93$; $6,44 \pm 2,66$; $0,37 \pm 0,16$) в отличие от ii группы ($5,16 \pm 1,37$; $3,36 \pm 0,90$; $1,64 \pm 0,44$). У пациентов i и ii групп относительный уровень амплитуды высокочастотных осцилляций был достоверно выше (соответственно, $0,057 \pm 0,008$ и $0,049 \pm 0,010$) по сравнению с практически здоровыми детьми ($0,037 \pm 0,004$) ($p < 0,05$).

Выводы: отягощенный аллергоанамнез, перинатальное поражение гипоксического генеза, перенесённые эпизоды бос в раннем возрасте, высокий уровень показателей кбфг, сохраняющиеся в периоде реконвалесценции, являются прогностическими маркёрами в диагностике хронических заболеваний нижних дыхательных путей у детей и служат основой для разработки персонализированной тактики лечения хб и ба у детей.



ФЕНОТИПЫ WHEEZING-СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ИХ ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Шамсиев Ф. М., Каримова Н.И., Эсаханов Ш.Н., Урумбоева З.О., Зайнабитдинова С.Н.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Во всем мире около 50% всех детей младшего возраста имеют, по крайней мере, один эпизод синдрома бронхиальной обструкции (БО). Из них более чем у половины эпизоды БО рецидивируют, и только в 30-40% случаев в более старшем возрасте разовьётся бронхиальная астма (БА). Эксперты GINA подчеркивают, что повторяющиеся эпизоды свистящих хрипов являются одним из ключевых диагностических и прогностических критериев БА.

Цель исследования – Изучить клинико-иммунологические и акустические особенности различных фенотипов wheezing-синдрома у детей от 3 до 5 лет.

Материалы и методы. Было обследовано 260 пациентов в возрасте от 3 до 5 лет с персистирующими симптомами синдрома свистящих хрипов. У детей определялись иммунологические показатели, функциональное состояние респираторного тракта при помощи компьютерной бронхофонографии (КБФГ). У 71,54% детей единственным триггером, провоцирующим обструкции, были инфекционные заболевания дыхательных путей (группа пациентов с эпизодическими свистящими хрипами (ЭСХ)), у 28,46% исследуемых были с мультитриггерными свистящими хрипами (МСХ).

Результаты. Наследственный аллергологический анамнез был отягощен у 30,38% детей. У детей с МСХ отягощение наблюдалось статистически значительно чаще - у 60,81%, чем у исследуемых с ЭСХ- 17,74% от общего числа детей в этой группе. Аллергическими заболеваниями страдали 35% обследуемых. Среди пациентов с МСХ собственный аллергологический анамнез был отягощен у 83,78% детей, с ЭСХ – только у 13,97% ($p < 0,001$). В ходе исследования были выявлены также клинические особенности wheezing-синдрома в зависимости от фенотипа. Между группами имелись статистически достоверные различия. В группе с ЭСХ были выше средний балл дневных симптомов ($p < 0,001$) и потребность в бронхолитиках ($p < 0,001$), у них наблюдалось большее число бессимптомных дней ($p < 0,001$). В нашем исследовании удалось выявить также некоторые иммунологические особенности, характерные для каждого фенотипа. Лабораторные показатели были изучены у 30 детей с МСХ и отрицательной пробой с бронхолитиком и 35 детей – с ЭСХ, и отрицательной пробой с бронхолитиком. Исходно у всех пациентов с МСХ уровень IgE, ИЛ-4, ИЛ-5 были достоверно выше по сравнению с пациентами с ЭСХ ($p < 0,001$). Содержание γ -IFN характеризовалось значительным разнообразием, между исследуемыми группами не было отмечено статистически достоверных различий, однако этот показатель в целом был ниже, чем в группе сравнения. При исследовании методом КБФГ у всех пациентов с МСХ отмечалось увеличение коэффициента АКРД в высокочастотном диапазоне по сравнению с группой с ЭСХ и контрольной группой. Вероятно, это связано с наличием бронхиальной гиперреактивности в группе с МСХ.

Выводы. При МСХ wheezing-синдрома выраженность дневных симптомов, потребность в бронхолитиках и число бессимптомных дней достоверно ниже ($p < 0,05$), а частота и степень тяжести ночных симптомов выше, чем при ЭСХ ($p < 0,05$). При МСХ чаще, чем при ЭСХ, встречается отягощение наследственного аллергологического анамнеза (в



62,16% и 17,74% соответственно). При сравнении иммунологических показателей фенотипов выявлен более высокий уровень IgE, ИЛ-4, ИЛ-5 при фенотипе МСХ ($p < 0,05$). Сравнение значений АКРД при КБФГ в высокочастотном диапазоне более значимое при МСХ, свидетельствующее о бронхиальной гиперреактивности, а положительная проба с бронхолитиком – о скрытом бронхоспазме.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСОГЛОТКИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Урумбоева З.О., Шамсиев Ф.М.

Андижанский государственный медицинский институт,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Количественные и качественные изменения микрофлоры слизистой оболочки носоглотки могут быть как следствием нарушения в работе иммунной системы, так и являться фактором, запускающим иммунные реакции. Выявление дисбиотических нарушений является прогностическим маркером, с помощью коррекции которого можно предотвратить запуск иммунного воспаления, а также установив бактериальные особенности БА можно выявить предикторы появления патологии с учетом патогенеза. Цель исследования. Установить прогностическую роль микрофлоры слизистой оболочки носоглотки при бронхиальной астме у детей

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 42 пациента в возрасте 5–14 лет с БА (I) и 35 детей с острым обструктивным бронхитом (ООб) (II). Исследование было проведено в отделении пульмонологии. Микробиологическое исследование проводилось путём взятия образцов со слизистой носоглотки. Выделение микроорганизмов проводили на питательных дифференциально-диагностических средах:

Результаты исследования. Изучение микрофлоры слизистой оболочки носоглотки при ООб и БА показало значительное преобладание микроорганизмов, принадлежащих к роду *Staphylococcus*, *Streptococcus* и *Enterobacteriaceae* относительно контроля (превышает 103) по сравнению с группой контроля. В группе ООб обнаружило повышение количества *Staphylococcus*, *Streptococcus* и общего количества микробной флоры по сравнению с группой контроля. При БА концентрация условно-патогенных микроорганизмов находилась в контрольном диапазоне, кроме *H.influenzae*, их количество было значительно выше нормы (≤ 103). При этом, в группе БА на слизистой оболочке носоглотки обнаружены бактерии *Str.Haemolyticus*, *Ent.faecium*, *Ent.faecalis*, которые не выявлены в контрольной группе. Представляет интерес наличие на слизистой носоглотки БА и ООб *S.aureus*, *S. epidermidis*, *S.haemolyticus*, *S.hominis*, *S.cohnii*, *S.capitis*, *S.hyicius*. В контрольной группе штаммов таких видов как *S.capitis* и *S.hyicius* не обнаружено.

Выводы. При БА выявлено численное преобладание условно-патогенных микроорганизмов относительно ООб. Увеличение представительства условно-патогенных бактерий семейства *Enterobacteriaceae* и *Enterococcus* на слизистой носоглотки, свидетельствует о дисбиотическом изменении и их несомненной роли в развитии БА. Установлено, что при БА имеет место выраженный дисбактериоз, что является прогностическим маркером для диагностики и лечения БА у детей.



РОЛЬ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Урумбоева З.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы интерес ряда исследователей возрос к возможной роли холекальциферола (витамина D) и нарушений его метаболизма в патогенезе некоторых легочных заболеваний (при бронхиальной астме (БА), хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), туберкулезе, муковисцидозе, интерстициальных болезнях легких). Масштабные исследования позволили выявить статистически значимую корреляцию между распространенностью ряда хронических заболеваний, включая и легочную патологию и недостаточностью холекальциферола.

Цель исследования. Определить динамику иммунологических показателей до и после применения холекальциферола в лечении бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 42 пациента в возрасте 5–14 лет с БА (8,61±1,42). Всем детям был поставлен диагноз - БА персистирующего течения, средней степени тяжести. I группу составили - 20 пациентов, получавшие стандартную базисную терапию. II группу - 22 пациента, получавшие комплексное лечение в виде сочетания базисной терапии с холекальциферолом, и группа контроля – 12 практически здоровых детей.

Результаты исследования. После проведения комплексной терапии у больных II группы в более короткие сроки купировались проявления интоксикации, достоверно уменьшались длительность кашля. Сроки пребывания в стационаре больных второй группы сократились до 8,2±0,2 койко-дней, тогда как в первой группе составило - 9,3±0,3 дней. Проведенный анализ комплексного лечения с холекальциферолом на показатели иммунного статуса у обследуемых больных показал в исследуемых параметрах изменения в положительную сторону по сравнению с группой контроля. К завершению курса терапии с холекальциферолом отмечалось достоверное повышение абсолютного значения CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ - лимфоцитов в 1,19 и 1,43 раза, чем в I группе (P<0,01). Уровень абсолютного значения CD20⁺ и CD16⁺ лимфоцитов достоверно снизился в 1,3 раза по сравнению с данными I группы (p<0,01). У детей II группы после проведенного комплексного лечения фагоцитоз нейтрофилов увеличивался до 50,2±1,7% по сравнению с показателями I группы (P<0,01). Уровень иммуноглобулинов G, A, M во II группе, более существенно приблизился к нормативным показателям и составил 815±12,4 мг/%; 102±0,8 мг/%; 101,6±3,6 мг/% соответственно, в отличие от больных I группы (703,5±14,8 мг/%; 89,2±5,2 мг/%; 132±3,1 мг/% соответственно (P<0,01).

Выводы. Своевременное назначение холекальциферола в комплексе с базисной терапией способствует длительному контролю над БА, улучшает качество жизни пациентов и позволяет снизить дозу базисных препаратов в соответствии с рекомендациями соблюдения ступенчатого подхода к терапии. Применение холекальциферола в комплексной терапии БА у детей способствует улучшению течения заболевания. Под его влиянием в организме, происходит коррекция иммунных процессов, уменьшение воспалительного процесса. Холекальциферол оказывает оптимизирующее влияние на функционирование как неспецифических механизмов защиты, так и адаптивного иммунитета.



РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Зайнабитдинова С.Н., Шамсиев Ф.М.

*Андижанский государственный медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
педиатрии, Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность. У часто болеющих детей довольно часто внебольничные пневмонии (ВП) могут принимать затянувшийся характер течения. Основой лечения при ВП является антимикробная терапия, стратегия которой относится к числу сложных и до конца еще не решенных вопросов современной пульмонологии.

Цель исследования. Изучить эффективность применения защищенного цефалоспорины III поколения при затяжном течении внебольничной пневмонии у детей.

Материал и методы исследования. Обследовано 65 больных с ВП затяжного течения в возрасте от 1 года до 15 лет в пульмонологическом отделении. Использовались биохимические, микробиологические и иммунологические методы исследования. В зависимости от проводимой терапии были сформулированы следующие группы: I группа – 45 больных ВП, получавших базисную терапию (БТ), II группа – 55 больных ВП на фоне БТ, получавших защищенный цефалоспорин III поколения. Данные обработаны методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты исследования. Во II группе наблюдения у детей с ВП затяжного течения результаты лечения в зависимости от выбранного антибиотика при установленной этиологии выражались улучшением общего состояния и снижением симптомов интоксикации на 2-3 сутки, кашель становился мягче, количество мокроты уменьшалось, физикальные данные также имели более выраженную положительную динамику. При БТ эти признаки в среднем исчезали на 4,9 день. Нормализация температуры тела происходила в 1,7 раза быстрее, чем у больных на фоне БТ. Кашель нивелировался в среднем на $6,8 \pm 0,2$ день, тогда как в I группе больных кашель исчезал в среднем только на $10,1 \pm 0,3$ день. Положительная рентгенологическая динамика к 12 дню лечения наблюдалась у 84,6% больных ВП затяжного течения, получавших защищенный цефалоспорин III поколения, и лишь у 32,1% больных на фоне БТ. Больные, выписанные из стационара с улучшением состояния, составили 96,4% во II группе, тогда как при БТ – 66,7%.

Выводы. Таким образом, полученные результаты показали, что у детей при затяжном течении ВП использование защищенных цефалоспоринов III поколения приводит к уменьшению частоты, повторных ОРЗ, и их осложнений в 2,2 раза, частоты пневмонии в 1,7 раза, что свидетельствует о высокой терапевтической эффективности предложенного лечения.



ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

Зайнабитдинова С.Н., Шамсиев Ф.М.

*Андижанский государственный медицинский институт,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
педиатрии, Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность. В мире проводится ряд научных исследований, направленных на оптимизацию лечения, по клинико-диагностическим аспектам внебольничной пневмонии (ВП) у детей и ее течения. В этой связи важно обоснование роли про-, противовоспалительных цитокинов и иммуноглобулинов в формировании затяжного течения внебольничной пневмонии у детей, после перенесенного COVID-19.

Цель исследования Изучить роль про-, противовоспалительных цитокинов и иммуноглобулинов в формировании внебольничной пневмонии затяжного течения у детей, после перенесенного COVID-19.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 55 детей в возрасте 3-5 лет с ВП, из них 35 детей с ВП затяжного течения, после перенесенного COVID-19 (I), группу сравнения составили 25 детей с острым течением ВП (II). Затяжное течение ВП диагностировали в случаях отсутствия обратной динамики процесса в сроки от 1,5 до 6 мес. У всех детей I группы имелся положительный результат теста на антитела IgG к COVID-19. Иммунологические исследования: проводились методом трехфазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем Вектор-Бест.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что уровень IgA, IgM, IgG у детей I группы составил $1,59 \pm 0,7$; $2,63 \pm 0,08$; $33,54 \pm 4,2$ мл/мл; у детей II группы: $1,94 \pm 0,9$; $1,98 \pm 0,2$; $20,41 \pm 3,7$ мл/мл ($1,38 \pm 0,9$; $1,35 \pm 0,9$; $11,45 \pm 0,9$ в группе контроля соответственно) ($p < 0,001$). Концентрация IgM у детей I группы была выше контроля в 2 раза, IgG в 3 раза. Изучение содержания про- и противовоспалительных цитокинов – обязательный компонент любого иммунного процесса. Анализ результатов цитокинов показал, что уровень IL-1 β у детей I и II группы ($94,97 \pm 0,9$ и $107,0 \pm 16,4$ пг/мл) был выше группы контроля в 3 раза ($24,59 \pm 3,9$); IL-8 составил $164,84 \pm 10,2$ пг/мл, что было в 7 раз выше группы контроля, IL-10 ($9,86 \pm 2,4$ пг/мл) был в 6,7 раз выше контроля и в 19,6 раз выше II группы, уровень TNF- α составил $9,09 \pm 5,7$ пг/мл, что было в 2 раза выше контроля и в 1,6 раз меньше II группы; IFN- γ составил $54,16 \pm 7,3$ пг/мл, когда контроль составил $2,14 \pm 0,3$ пг/мл, а во II группе $1,62 \pm 0,2$ пг/мл ($p < 0,001$).

Выводы. Течение ВП затяжного течения, характеризовалось активацией гуморального иммунитета, что проявлялось увеличением содержания IgM и IgG. Выявление дисбаланса цитокинового статуса у детей с внебольничной пневмонией, выражающегося повышением уровней IL-1 β , IL-8, TNF α , IFN γ . способствует замедлению выздоровления и служит дополнительным прогностическим критерием в диагностике и лечении затяжного течения ВП после перенесенного COVID-19.



СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Зайнабитдинова С.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы нарастает количество случаев затяжного течения внебольничной пневмонии (ВП). Важным критерием использования антибактериальной терапии являются клинические рекомендации, основанные как на этиологической структуре заболевания, так и на данных современных диагностических тестов, позволяющих своевременно выявлять и идентифицировать бактериальную инфекцию. Актуальность лечения детей с ВП затяжного течения обуславливает необходимость проведения углубленных исследований и разработки схем терапии по ведению такой категории больных.

Цель работы. Изучить динамику лабораторных показателей и оценить эффективность дифференцированных методов лечения у больных с ВП затяжного течения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 155 детей в возрасте от 1 года до 15 лет, из них 95 детей с внебольничной пневмонией (ВП) затяжного течения, 35 детей с ВП (группа сравнения) и 24 практически здоровых детей (группа контроля). Всем детям проводились общеклинические, биохимические (определение С-реактивного белка (СРБ), иммунологические исследования (определение концентрации цитокинов – IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-8, ФНО- α и IFN γ).

Результаты и обсуждение. Анализируя фоновые состояния мы установили, что в двух группах наблюдения наиболее часто у детей ВП затяжного течения у 85,0% детей наблюдались анемия I - II степени, аллергический диатез у 34,0%, остаточные явления рахита у 16,0% и белково-энергетическая недостаточность у 11,0% больных. Основным проявлением ВП затяжного течения был кашель, в основном влажный у 90,8%, цианоз наблюдался у 73,8%, одышка у 93,8%, влажные хрипы у 100,0%, сухие хрипы у 64,0% больных. При исследовании СРБ у детей с ВП затяжного течения, этот показатель был 1,8 раза выше по сравнению с ВП. Анализ результатов изучения цитокинов показал, что при ВП затяжного течения уровень IL-1 β повышается в 2,2 раза, уровень IL-4 в 1,5 раза, IL-8 в 1,6 раза, TNF α повысился в 1,3 раза. Динамическое изучение концентрации СРБ показало их достоверное снижение на 10-е сутки в I группе на 1,0 и 1,1 раза по сравнению с контролем ($P > 0,05$). Результаты исследования цитокинов в динамике под влиянием базисной терапии у больных ВП затяжного течения показало снижение повышенных уровней IL-1 β , IL-4, IL-8 и TNF α , уровень IFN γ снизился, но данные оставались выше исходных значений. Прослеживалась положительная динамика в содержании цитокинов. Во II и III группах уровень IL-1 β был снижен в 1,3 и 1,7 раза, уровень IL-4 снизилось в 1,4 и 2,3 раза, значение IL-8 снизилось в 1,3 и 1,8 раза, IFN γ достоверно повысился по сравнению с показателями I группы. При оценке эффективности дифференцированной терапии у больных ВП затяжного течения динамическое изучение концентрации СРБ в сыворотке крови показало его снижение на 10-е сутки во II и III группах в 2,3 и 4,7 раза по сравнению с данными I группы.

Выводы: У детей с ВП затяжного течения отмечается повышение СРБ являющегося информативным показателем в диагностике заболевания и дисбаланс цитокинового



статуса, выражающийся повышением уровней IL-1 β , IL-8, IL-4, TNF α и снижением концентрации IFN γ . Традиционное лечение не приводит к нормализации измененных показателей. Применение дифференцированных схем терапии у больных с ВП затяжного течения, показали положительное влияние на клиническое течение заболевания, нормализацию лабораторных показателей (снижение СРБ и уровней цитокинов IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-8, TNF α , повышением IFN γ), позволяющих повысить эффективность лечения.

ДИСЛЕПИДЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАННЕГО СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА

Бадалбаева Н.М., Узбекова Н.Р

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы: Артериальная жесткость, известная как предиктор раннего старения сосудов, была определена как основной детерминант сердечно-сосудистых заболеваний. Однако связь между профилем липидов и повышенной жесткостью артерий не ясна.

Цель: заключается в изучении взаимосвязи между профилями липидов и повышенной жесткостью артерий у пациентов с синдромом раннего сосудистого старения.

Материалы и методы: Всего было обследовано 1582 участника, из них 704 (41,8%) мужчины, средний возраст $51,8 \pm 15,2$ года включены в исследование. Пациенты, проживающие в Андижанском районе обратившиеся в по разным были включены в это исследование. Пациенты были разделены на четыре группы в соответствии с квартилями скорости пульсовой волны (СРПВ) (Q1 (<6,3), Q2 (6,3–7,4), Q3 (7,5–8,8), Q4 (>8,8)).

Результаты: Мы обнаружили, что в группе с самой высокой СРВ у пациентов были более высокие показатели систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), глюкозы, азот мочевины крови (АМК), креатинина, экскреция альбумина с мочой (UAE), мочевая кислота (МК), общий холестерин (ОХ), низкая плотность уровни липопротеинов (ХС-ЛПНП), триглицеридов (ТГ) и липопротеинов невысокой плотности (ХС-ЛПВП). Кроме того, сахарный диабет (СД), возраст, уровни ЛПОНП и ТГ/ЛПВП были обнаружены как независимые факторы риска увеличения СРВ в порядковом логистическом регрессионном анализе.

Заключение: Наше исследование показывает, что параметры липидов сильно коррелируют с увеличением значения СРВ и ранним старением сосудов. В повседневной клинической практике соотношение ТГ/ХС-ЛПВП, известное как индекс атерогенности, может использоваться рутинно для прогнозирования раннего сосудистого старения и субклинический атеросклероз



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОДИСКЭКТОМИИ.

**Ш.Ш.ШАТУРСУНОВ., ШОМАНСУР Ш. ШАТУРСУНОВ., С.А.МИРЗАХОНОВ., Д.И.ЭШКУЛОВ.
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ЦЕНТР ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ МЗ РУЗ.**

Введение. По данным современных литературных источников, около 80 % людей в течение жизни переносили по крайней мере один эпизод боли в пояснице с наличием или отсутствием боли в нижних конечностях. До 70 % людей хотя бы раз в жизни испытывали такую боль в спине, которая заставила их обратиться к невропатологу, а 19 % из обратившихся были вынуждены прибегнуть к операции из-за отсутствия ощутимого эффекта от консервативной терапии. У 5—10 % пациентов боль в пояснице обусловлена грыжами межпозвонковых дисков и в 43 % случаев сопровождается радикулопатией и ишиасом. Число пациентов, имеющих грыжу межпозвонкового диска, увеличивается во всем мире, в том числе за счет лиц молодого возраста.

Цель настоящего исследования – проведение сравнительного анализа клинической эффективности стандартной микродискэктомии и эндоскопической микродискэктомии при хирургическом лечении пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ Проведено проспективное нерандомизированное исследование 156 пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков оперированных в клинике вертебрологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии МЗ РУЗ на период с 2020 по 2023 год. В исследование вошли пациенты в возрасте от 20 до 76 лет имевшие люмбоишиалгию вследствие грыжи поясничной межпозвонковой грыжи. Всем пациентам проводилось комплексное неврологическое и инструментальное обследование, включающее традиционную и функциональную рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника, МСКТ (КТ) и МРТ, а также электронейромиографию (ЭНМГ).

Результаты и их обсуждения Неврологический статус пациентов до операции варьировал по интенсивности корешкового болевого синдрома и давности заболевания. Сразу после операции у большинства пациентов наступил полный регресс корешкового болевого синдрома, ко всем пациентам были применены одинаковые ограничения активности — ограничение осевых нагрузок и строго обязательное ношение ортопедического поясничного корсета в течение 1 месяц после вмешательства. Из 92 пациентов эндоскопической группы у 5 (5,4%) отмечен рецидив, что потребовало повторной операции. У 4 (3,4%) пациентов наблюдались длительные боли в течение 1 месяц после выписки, что соответствовало неудовлетворительному результату по шкале Masjub. У 7 (7,6%) пациентов наблюдалась непродолжительная боль тянущего характера в течение не более 1 неделя после операции. Еще у 6 (6,5%) пациентов были непродолжительные ощущения, квалифицируемые пациентами как ноющая боль по тому же dermatому, что и до операции, однако регрессировавшие в 1—2-е сутки после операции.

Заключение На основании проведенного исследования можно сказать, что по эффективности эндоскопическая дискэктомия сравнима с микрохирургической техникой. Учитывая, что этот метод по своим техническим характеристикам и возможностям сопоставим



с микродискэктомией, эта технология может быть использована для удаления грыж межпозвоноковых дисков. В ряде случаев технические возможности метода позволяют проводить декомпрессию нервных структур, что может быть использовано при лечении недискогенных стенозов позвоночного канала.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИЗУЧЕНИИ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКИХ АСТРОЦИТОМ В УСЛОВИЯХ IN VITRO

Ахмедиев М.М., Кадырбеков Н.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан

Решение проблемы радиорезистентности опухолей является одним из актуальных направлений исследований в современной нейроонкологии. Решение этой проблемы напрямую связано с выбором оптимального режима терапевтического облучения и для персонализированного подхода к лечению. Условно можно разделить все виды опухолей на радиочувствительные, которые после облучения исчезают полностью без некроза окружающей соединительной ткани, и радиорезистентные, которые не резорбируются при дозах, разрушающих соединительную ткань.

Цель исследования: определение изменений гистологических характеристик тканей супратенториальных анапластических астроцитом человека с помощью метода индивидуальной оценки чувствительности тканей опухолей человека к гамма-излучению в условиях in vitro с различными поглощенными дозами.

Материал и методы. В подавляющем большинстве случаев заболевание диагностировалось в момент манифестации, когда уже имелось значительное опухолевое поражение головного мозга. Быстрый рост опухоли, стремительное нарастание неврологической симптоматики, снижение функционального статуса пациента диктовали необходимость принятия быстрых и четких диагностических и лечебных решений. В группу анапластической астроцитомы включено 19 пациентов (9 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 4 до 55 лет с подтвержденным диагнозом анапластической астроцитомы. Произведено субтотальное хирургическое удаление опухолей больших полушарий головного мозга из стандартных нейрохирургических доступов. Гамма-облучение биопсийных образцов проводили тремя различными дозами 5, 10 и 15 Грей в Институте ядерной физики АН РУз. После облучения образцы инкубировали в течение 24 часов и затем проводили гистологический анализ для определения степени некроза образцов. При этом выбранные нами дозы приближены к разовым терапевтическим дозам. Анализ образцов проводили в гистологической лаборатории РСНПМЦН стандартными гистологическими методами. Фиксацию образцов ткани проводили в 10% формалине. Зафиксированные образцы заливали в парафин, приготавливали срезы. Приготовленные срезы депарафинизировали и окрашивали гематоксилин-эозином. Полученные гистологические фотографии обрабатывали с использованием стереометрической сетки с размером шага 5 мм. Относительную площадь участков некроза определяли в процентах стереометрическим методом [Автандилов Г.Г, 1990] с помощью программного обеспечения Scopelimage 9.0(X3).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Результаты и обсуждение. Для облучения извлеченных тканей опухолей гамма-излучением нами выбраны дозы 5, 10 и 15 Грей. Эти дозы выбраны для того, чтобы максимально быстро обнаружить поражающий эффект в тканях, поскольку ранее нами было обнаружено, что время жизни срезов тканей различных опухолей до появления некроза ограничивается 24 часами [Кадырбеков Р.Т. с соавт. Экспериментальный метод определения радиочувствительности анапластической астроцитомы головного мозга человека//Методические рекомендации. – Ташкент. – 2023. – 20 с.]. Необходимо отметить, что время жизни срезов тканей анапластической астроцитомы может составлять несколько суток, но при этом проявляется индивидуальные свойства каждой опухоли. Полученные данные показали, что в облученных образцах наблюдался лучевой патоморфоз I, II и III степени по классификации Лушников Е.Ф. с очагами и полями некроза и дистрофией клеток. При анализе степени поражения гамма-облучением необходимо учитывать эффект восстановления клеток после одноразового облучения. Хорошо известно, что после гамма-облучения часть клеток может восстанавливаться и за счет этого может снижаться эффективность лучевой терапии. В нашей схеме экспериментов мы не можем исключить возможности, что за время инкубации в течение 24 часов часть облученных клеток восстанавливается.

В гистологическом анализе оценивали общую степень некроза по прошествии 24 часов инкубации. Абсолютным признаком некроза при микроскопии является фрагментация клеток и/или отсутствие в них ядер (кариолизис). Необратимо поврежденными также считаются клетки со сморщенными (кариопикноз) или распавшимися на глыбки ядрами (кариорексис). Наблюдаемые в облученных образцах некротические явления являются необратимыми и показывают прямое действие гамма-облучения на индивидуальные опухоли анапластической астроцитомы. Это в свою очередь позволяет использовать полученные данные для прогноза радиочувствительности этих опухолей без учета восстановления облученных клеток. Результаты исследований, проведенных с помощью разработанного метода *in vitro* показали наличие высокой чувствительности, низкой чувствительности и резистентности тканей опухоли анапластической астроцитомы к гамма-излучению. Высокая чувствительность наблюдалась у 12 из 19 пациентов (63,16%), низкая чувствительность - у 4 из 19 пациентов (21,04%), а резистентность – у 3 из 19 пациентов (15,80%). Помимо полученных результатов по радиочувствительности анапластических астроцитом человека показана эффективность метода индивидуальной оценки чувствительности тканей опухолей человека к гамма-излучению в условиях *in vitro*, который может быть использован для доклинического прогнозирования эффективности комбинированной терапии после хирургического удаления опухолей головного мозга. Обнаружение нами внутривидовой индивидуальной резистентности анапластической астроцитомы к гамма-излучению является новым результатом в нейрорадиологии.

Таким образом, в настоящее время вопрос радиорезистентности и радиочувствительности опухолей головного мозга активно изучается, но поскольку имеющегося арсенала методов недостаточно для подобных исследований, то разработка новых моделей для исследования радиочувствительности остается актуальной задачей. Полученные результаты показывают наличие необратимых некротических явлений в ткани опухоли анапластической астроцитомы или их отсутствие. Наш метод гистологической оценки патоморфоза опухолевой ткани анапластической астроцитомы оказался информативным более чем в 90% случаев. Экономический и медицинский



эффект нашего метода - экономия лекарств и средств, затраченных на менее эффективные методы лечения и улучшение продолжительности и качества жизни пациентов. Для их подтверждения необходимо дальнейшее проведение более обширных и рандомизированных научных исследований. Усилия и факторы, направленные на улучшение выживаемости пациентов с анапластическими астроцитомами, должны оставаться приоритетом среди нейрохирургов и нейроонкологов.

Выводы.

1. Нами показана возможность использования живых биопсийных срезов опухолей человека в качестве модельных объектов *in vitro*.

2. Использование метода индивидуальной оценки радиочувствительности тканей опухолей человека в условиях *in vitro* позволяет достаточно точно оценить чувствительность анапластической астроцитомы к различным поглощенным дозам гамма-излучения. В группе анапластической астроцитомы обнаружено наличие высокой чувствительности, низкой чувствительности и резистентности тканей опухолей к гамма-излучению.

3. Доказана эффективность метода индивидуальной оценки радиочувствительности тканей опухолей человека в условиях *in vitro*, который может быть использован для доклинического прогнозирования результатов комплексной терапии после хирургического удаления анапластической астроцитомы.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА

Ахмедиев М.М.¹, Давлетярова У.М.¹, Ахмедиев Т.М.²

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии¹, Ташкентская медицинская академия², Ташкент

Синдром фиксированного спинного мозга (СФСМ) в 11-27% случаев встречается у детей со спинальной дизрафией (Воронов В.Г., 2000). Он представлен фиксацией корешков, конечной терминальной нити или самого спинного мозга на уровне пояснично-крестцового, сопровождается болями и ограничением подвижности в позвоночнике.

Цель исследования: изучить возможности дифференцированных методов лечения нейрогенных болевых синдромов при фиксированном спинном мозге.

Материал и методы. Представлены результаты клинических, рентгенологических, МСКТ, МРТ, ЭНМГ исследований 45 детей от 3 до 18 лет с синдромом фиксированного спинного мозга. По клиническим проявлениям заболевания все случаи объединены в две группы. Первая группа (18) характеризовалась тем, что у пациентов нарушение функции тазовых органов по типу энуреза проявлялось с рождения. Вторую группу составили пациенты (27) с указанным пороком развития позвонков, у которых клинические проявления возникали после 13 летнего возраста. Во время сбора анамнеза выявлено, что клинические симптомы у всех больных подросткового возраста начались после перенесения простудных общих заболеваний или травмы. Нарушение функции тазовых органов в этой группе больных формировались на протяжении от 3 до 15 месяцев. В тоже время в этой группе один из клинических симптомов в виде трофических нарушений нижних конечностей не встречался.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Результаты. Дифференциальная диагностика болей, обусловленных клинической симптоматикой фиксированного спинного мозга на пояснично-крестцовом уровне, характеризуется трудностями распознавания, особенно на раннем этапе заболевания. Отсрочка в постановке диагноза в наших наблюдениях была от 8 месяцев до 3 лет. Патологическая «фиксация» спинного мозга приводит к хроническому натяжению и ишемии невральных структур, ухудшая их функцию. Оперированы пациенты с новообразованной или нарастающей неврологической симптоматикой. Проведение микрохирургической коррекции и комплексное лечение спинальной дизрафии у подростков позволяет добиться благоприятных и стойких клинических результатов у 81% пациентов. При отсутствии показаний к хирургическому лечению, прогрессирующая боль в поясничной области, ограничение подвижности позвоночника, признаки радикулопатии, являются показаниями к немедикаментозному лечению трансмагнитной стимуляцией (ТМС). ТМС проводилась мощностью 8 Гц, амплитудой 85-90 мА курсом 10 процедур индуктором на пояснично-крестцовую область в режиме магнитной стимуляции продолжительностью 15-18 мин в период одного посещения, далее на область мочевого пузыря также в режиме магнитной стимуляции частотой 3 Гц амплитудой уже 80 мА. Проведение ТМС на разные анатомические области обусловлено наличием сочетанных аномалий. Проведена комбинация зон воздействия и режимов. Подбор программы проводился индивидуально в соответствии с задачами и клиническими ответами на стимуляцию ТМС. Во всех случаях наблюдали положительный эффект со стороны болевого синдрома, отмечалось улучшение функции тазовых органов и нижних конечностей. Лечение нейрогенного болевого синдрома при фиксированном спинном мозге предполагает и проведение консервативных мероприятий методом ТМС. При признаках усугубления нарушений функций тазовых органов, нарастания болевого синдрома показано оперативное лечение.

Положительная динамика качества жизни выявляется в случаях раннего оперативного вмешательства СФСМ в сочетании с комплексной восстановительной терапией. Проведение комплекса лечебных мероприятий при СФСМ следует проводить с учетом характера неврологических расстройств и типа нарушений функций тазовых органов. При наличии обоснованных показаний своевременная хирургия данного порока с устранением фиксации спинного мозга, рассматривается нами как патогенетически обусловленный этап лечения.

Выводы.

1. При распределении больных по локализации спинальной дизрафии, основную позицию занимает пояснично-крестцовый отдел у 11 (52,4%) больных. В подростковом возрасте оперировать следует преимущественно пациентов с новообразованной или нарастающей неврологической симптоматикой.

2. Неинвазивность, безболезненность и безопасность ТМС делают возможным её применение у детей с СФСМ. Наиболее благоприятные исходы отмечены у детей с менингоградикулоцеле дополненные ТМС после герниотомии. Наша методика ТМС обеспечила положительный эффект при менингоградикулоцеле с дисфункцией тазовых органов по афферентному типу в 91% случаев наблюдений.

3. Проведение хирургической коррекции и комплексное лечение спинальной дизрафии у взрослых позволяет добиться благоприятных и стойких клинических результатов у 81% пациентов. Использование комплексного подхода в лечении этой



группы пациентов обоснованно и позволяет достичь максимального реабилитационного потенциала и качества жизни.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИЗУЧЕНИИ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКИХ АСТРОЦИТОМ В УСЛОВИЯХ IN VITRO

Ахмедиев М.М., Кадырбеков Н.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан

Решение проблемы радиорезистентности опухолей является одним из актуальных направлений исследований в современной нейроонкологии. Решение этой проблемы напрямую связано с выбором оптимального режима терапевтического облучения и для персонализированного подхода к лечению. Условно можно разделить все виды опухолей на радиочувствительные, которые после облучения исчезают полностью без некроза окружающей соединительной ткани, и радиорезистентные, которые не резорбируются при дозах, разрушающих соединительную ткань.

Цель исследования: определение изменений гистологических характеристик тканей супратенториальных анапластических астроцитом человека с помощью метода индивидуальной оценки чувствительности тканей опухолей человека к гамма-излучению в условиях in vitro с различными поглощенными дозами.

Материал и методы. В подавляющем большинстве случаев заболевание диагностировалось в момент манифестации, когда уже имелось значительное опухолевое поражение головного мозга. Быстрый рост опухоли, стремительное нарастание неврологической симптоматики, снижение функционального статуса пациента диктовали необходимость принятия быстрых и четких диагностических и лечебных решений. В группу анапластической астроцитомы включено 19 пациентов (9 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 4 до 55 лет с подтвержденным диагнозом анапластической астроцитомы. Произведено субтотальное хирургическое удаление опухолей больших полушарий головного мозга из стандартных нейрохирургических доступов. Гамма-облучение биопсийных образцов проводили тремя различными дозами 5, 10 и 15 Грей в Институте ядерной физики АН РУз. После облучения образцы инкубировали в течение 24 часов и затем проводили гистологический анализ для определения степени некроза образцов. При этом выбранные нами дозы приближены к разовым терапевтическим дозам. Анализ образцов проводили в гистологической лаборатории РСНПМЦН стандартными гистологическими методами. Фиксацию образцов ткани проводили в 10% формалине. Зафиксированные образцы заливали в парафин, приготавливали срезы. Приготовленные срезы депарафинизировали и окрашивали гематоксилин-эозином. Полученные гистологические фотографии обрабатывали с использованием стереометрической сетки с размером шага 5 мм. Относительную площадь участков некроза определяли в процентах стереометрическим методом [Автандилов Г.Г., 1990] с помощью программного обеспечения ScopelImage 9.0(X3).

Результаты и обсуждение. Для облучения извлеченных тканей опухолей гамма-излучением нами выбраны дозы 5, 10 и 15 Грей. Эти дозы выбраны для того, чтобы максимально быстро обнаружить поражающий эффект в тканях, поскольку ранее нами



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



было обнаружено, что время жизни срезов тканей различных опухолей до появления некроза ограничивается 24 часами [Кадырбеков Р.Т. с соавт. Экспериментальный метод определения радиочувствительности анапластической астроцитомы головного мозга человека//Методические рекомендации. – Ташкент. – 2023. – 20 с.]. Необходимо отметить, что время жизни срезов тканей анапластической астроцитомы может составлять несколько суток, но при этом проявляются индивидуальные свойства каждой опухоли. Полученные данные показали, что в облученных образцах наблюдался лучевой патоморфоз I, II и III степени по классификации Лушниковой Е.Ф. с очагами и полями некроза и дистрофией клеток. При анализе степени поражения гамма-облучением необходимо учитывать эффект восстановления клеток после одноразового облучения. Хорошо известно, что после гамма-облучения часть клеток может восстанавливаться и за счет этого может снижаться эффективность лучевой терапии. В нашей схеме экспериментов мы не можем исключить возможности, что за время инкубации в течение 24 часов часть облученных клеток восстанавливается.

В гистологическом анализе оценивали общую степень некроза по прошествии 24 часов инкубации. Абсолютным признаком некроза при микроскопии является фрагментация клеток и/или отсутствие в них ядер (кариолизис). Необратимо поврежденными также считаются клетки со сморщенными (кариопикноз) или распавшимися на глыбки ядрами (кариорексис). Наблюдаемые в облученных образцах некротические явления являются необратимыми и показывают прямое действие гамма-облучения на индивидуальные опухоли анапластической астроцитомы. Это в свою очередь позволяет использовать полученные данные для прогноза радиочувствительности этих опухолей без учета восстановления облученных клеток. Результаты исследований, проведенных с помощью разработанного метода *in vitro* показали наличие высокой чувствительности, низкой чувствительности и резистентности тканей опухоли анапластической астроцитомы к гамма-излучению. Высокая чувствительность наблюдалась у 12 из 19 пациентов (63,16%), низкая чувствительность - у 4 из 19 пациентов (21,04%), а резистентность – у 3 из 19 пациентов (15,80%). Помимо полученных результатов по радиочувствительности анапластических астроцитом человека показана эффективность метода индивидуальной оценки чувствительности тканей опухолей человека к гамма-излучению в условиях *in vitro*, который может быть использован для доклинического прогнозирования эффективности комбинированной терапии после хирургического удаления опухолей головного мозга. Обнаружение нами внутривидовой индивидуальной резистентности анапластической астроцитомы к гамма-излучению является новым результатом в нейрорадиологии.

Таким образом, в настоящее время вопрос радиорезистентности и радиочувствительности опухолей головного мозга активно изучается, но поскольку имеющегося арсенала методов недостаточно для подобных исследований, то разработка новых моделей для исследования радиочувствительности остается актуальной задачей. Полученные результаты показывают наличие необратимых некротических явлений в ткани опухоли анапластической астроцитомы или их отсутствие. Наш метод гистологической оценки патоморфоза опухолевой ткани анапластической астроцитомы оказался информативным более чем в 90% случаев. Экономический и медицинский эффект нашего метода - экономия лекарств и средств, затраченных на менее эффективные методы лечения и улучшение продолжительности и качества жизни пациентов. Для их подтверждения необходимо дальнейшее проведение более обширных



и рандомизированных научных исследований. Усилия и факторы, направленные на улучшение выживаемости пациентов с анапластическими астроцитомами, должны оставаться приоритетом среди нейрохирургов и нейроонкологов.

Выводы.

1. Нами показана возможность использования живых биопсийных срезов опухолей человека в качестве модельных объектов *in vitro*.

2. Использование метода индивидуальной оценки радиочувствительности тканей опухолей человека в условиях *in vitro* позволяет достаточно точно оценить чувствительность анапластической астроцитомы к различным поглощенным дозам гамма-излучения. В группе анапластической астроцитомы обнаружено наличие высокой чувствительности, низкой чувствительности и резистентности тканей опухолей к гамма-излучению.

3. Доказана эффективность метода индивидуальной оценки радиочувствительности тканей опухолей человека в условиях *in vitro*, который может быть использован для доклинического прогнозирования результатов комплексной терапии после хирургического удаления анапластической астроцитомы.

ВЫБОР РЕГИОНА ЛИМФОТРОПНО-АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ, СОЧЕТАННЫМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ

**Михайлевич И.Е., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М., Хабибуллаев А.П.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Актуальность: Нередко у женщин детородного возраста с острым гинекологическим заболеванием (острый сальпингит, сальпингоофарит, аднексит, эндометрит, параметрит, перекрути кистей яичника, пелвиоперитонит) сочетаются с острым аппендицитом. В связи с чем подвергаются экстренной операции-аппендэктомии. Исход послеоперационного периода зависит не только от качества произведенной операции аппендэктомии, но так же и от течения и вовлечения в воспалительный процесс органов гениталий.

Цель: Для решения этого вопроса имеет большое значения выбор региона антибактериальной терапии с целью улучшения дренажной и детоксикационной функции регионарной лимфатической системы илеоцекального угла и органов малого таза.

Материал и методы: Проводимая антибактериальная терапия, в комплексе консервативной терапии в после операционном периоде, осуществляется введением традиционным путём (в/в, в/м, в/п), либо лимфотропно. Известно, что при воспалительных заболеваниях органов гениталии лимфотропное введение антибиотиков осуществляется в области ноги: через межпальцевое пространство, голени, бедро, паховой складки, а также через круглую связку матки и в правую подвздошную ямку (рацпредложение № 1925 24.03.2007г. Хайдаров М.М., Хакимов В.А. и соавт.), с учетом анатомической и физиологической взаимосвязи лимфатических сетей илеоцекального угла, органов гениталий и подвздошной ямки (Б.В Огнев 1936г, Д.А. Жданов 1952г, Ю.Е. Выренков 1967г, М.Р.Сапин, Э.И.Борзяк.1982г, С.У. Джумабоев 1988-1990г).



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Результаты исследований: Лимфотропная антибактериальная терапия проводилась через правую подвздошную ямку один раз в сутки в течение 3-5 дней. В качестве лимфостимулятора мы использовали гепарин, лазикс; антибиотик широкого спектра действия, в разовой дозе, которые вводились, разведёнными в тёплом 0.5%-30мл растворе новокаина. Накладывался полиспиртовый компресс на место инъекции на два часа.

После манипуляции в течение часа рекомендован постельный режим. Под нашим наблюдением находилось 32 женщины детородного возраста, перенесшие операцию аппендэктомия в сочетании с патологией органов гениталий (так сальпингофорит -7, перекрут кисты яичника -5, апоплексия яичника-13, трубная беременность -3, эндометрит, пелвиоперитонит-4). У больных с апоплексией и перекрутом кисты яичника и трубной беременностью были произведены соответствующие симультанные операции.

Выводы: Из наблюдаемых нами 10-х больных, антибактериальная терапия проводилась традиционным методом (контрольная группа). У 22-х-антибиотики вводились лимфотропно по выше указанной нами методике (основная группа). Сопоставление основной и контрольной групп показало, что в основной группе больных имело место более раннее восстановление функции кишечного тракта, уменьшение болевого синдрома, нормализация температуры тела, уменьшение выделяемого из влагалища, сокращение пребывания больного на койке в среднем на - 1,5 дня.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.

Кадилов А.А., Худайбердиев К.Т., Тохирова З.Ш., Мамадалиев А.Б.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность темы. Способы консервативной терапии при осложненной патологии шейного отдела позвоночника редко приводят к положительным результатам, сопровождаются большим количеством осложнений, высокой летальностью и инвалидизацией пациентов (Г.М. Кариев, 2021). Сложность надежной стабилизации шейного отдела позвоночника, обусловлена анатомо-физиологическими особенностями строения и большой функциональной нагрузкой данного отдела (К.Т. Худайбердиев, 2019). Проблема надежной фиксации, связанная с выбором материала для переднего спондилодеза.

Целью исследования было повышение эффективности передней стабилизации шейного отдела позвоночника путем оптимизации переднего межтелового спондилодеза на основе использования имплантатов из никелид титана различной конструкции.

Материал и методы исследования. В настоящем исследовании изучению и анализу подвергнуты 34 больных, которые были оперированы на шейном отделе позвоночника по поводу позвоночно-спинномозговой травмы - 21 (59,8%) и дегенеративно-дистрофического поражения - 13 (40,2%). Больные находились на обследовании и лечении в Андижанском филиале Республиканского научного медицинского центра экстренной медицинской помощи в период с 2021 по 2022 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным нашего исследования, из 10 пациентов, которым вентральную стабилизацию осуществляли углеродными имплантатами, ранние послеоперационные осложнения возникли у 2 (37,3%) больных и распределились следующим образом: миграция трансплантата - 2 (37,3% от всех



осложнений), трофические нарушения (пролежни) - 3 (42,1% от всех осложнений) и пневмонии - 2 от всех осложнений. Результаты передней стабилизации статическими имплантатами из пористого никелида титана были заметно лучше. По нашим данным, в раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 5 больных из 10 оперированных по данной методике и распределились следующим образом: трофические нарушения (пролежни) в 2 случаях, у 3 - эндобронхиты. В одном случае после замещения тела разрушенного позвонка имело место интеркорпоральное внедрение имплантата, что связано с резекцией замыкательных пластинок тел смежных позвонков.

Летальность при использовании углеродных имплантатов составила 10%, а при применении имплантатов из пористого никелида титана - 0,6%.

Уменьшение средних сроков пребывания больных в стационаре при применении для передней стабилизации имплантатов из пористого никелида титана обусловлено меньшим числом послеоперационных осложнений, ранней активизацией больных и более быстрым регрессом обратимых неврологических нарушений. При использовании углеродных трансплантатов для передней стабилизации шейного отдела позвоночника средний срок пребывания больного в стационаре составил $38,3 \pm 1,3$ дня, т.е. в 1,5 раза выше, чем при использовании имплантатов из пористого никелида титана.

Вывод. Передний спондилодез статическими имплантатами из никелид титана у больных с осложненной травмой шейного отдела позвоночника обеспечивает достаточно надежную стабилизацию позвоночного сегмента, не требует дополнительной внешней иммобилизации, облегчает проведение реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном периоде и в 1,5 раза сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРКУТАННОЙ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ .

Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А.Бозоров О.Р..

1.РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ. Узбекистан. Ташкент.

Лечение нестабильных неосложненных переломов грудного отдела позвоночника у пациентов старшей возрастной группы имеет ряд особенностей и сложно решаемых задач. Особенности данной группы пациентов является наличие большого количество сопутствующей соматической патологии, переходящих в результате травмы и длительного постельного режима в стадию декомпенсации.

Чрескожная пункционная баллонная кифопластика является современным малоинвазивным способом переломов грудного отдела позвоночника, которая в отличие от более распространенной вертебропластики позволяет частично восстановить высоту тела сломанного позвонка и уменьшить угол локального посттравматического кифоза. Восстановление этих анатомических параметров важно и в прогностическом плане и в прочной опороспособности позвоночно-двигательного сегмента.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Цель: изучение эффективности чрескожной пункционной баллонной кифопластики при остеопоротических переломах груднопоясничного отдела позвоночника у пациентов старших возрастных групп.

Материал и методы. В период с 2017 по 2020 г. нами выполнено 56 операций чрескожной пункционной баллонной кифопластики у пациентов с остеопоротическими переломами тел груднопоясничных позвонков. Возраст больных составлял от 48 до 69 года. Средний возраст составил 58,5 лет, женщин было 35 мужчин 21. У 45 пациентов была выполнена баллонная кифопластика на одном уровне, у 11 пациентов была выполнена на двух позвонках, у 3 пациентов баллонная кифопластика произведена на трёх уровнях. В 33 случаях (58,9%) остеопоротические переломы были локализованы в грудном отделе позвоночника, у 18 (32,1%) в поясничном отделе позвоночника, у 5 (8,9%) больных в груднопоясничном отделе позвоночника. Предоперационное обследование включало оценку общего состояния больных, ортопедического, неврологического статуса и лучевых методов диагностики: обзорная рентгенография позвоночника, МРТ, КТ, денситометрия. Операцию осуществляли с помощью набора инструментов для баллонной кифопластики iVAS компании Stryker (США). Использовали рентген позитивный костный цемент Spine Plex Stryker (США).

При анализе ближайших и отдаленных результатов лечения использовали клиническое обследование, определяли качество жизни с помощью адаптированного опросника Освестри, болевой синдром по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Выполняли рентгенографию позвоночника в двух стандартных проекциях с последующим рентген-морфометрическим анализом характера повреждения и отдаленного результата. Контрольная КТ и МРТ исследования в послеоперационном периоде проведено у 48 больных (85,7%).

Анализ результатов лечения показал сохранения коррекции кифотической деформации на более 30% у 74% больных в отдаленных сроках лечения (через год). Полное устранение болевого синдрома достигнуто у 67,7% пациентов, у 12,2% пациентов наблюдалось сохранение незначительного болевого синдрома. Восстановление двигательной активности отмечено в 83,5% случаях. У 3 пациентов наблюдалось истечение костного цемента за пределы сломанного позвонка (в межпозвонковый диск) с бессимптомным течением.

Заключение. Перкутанная баллонная кифопластика остеопоротических переломов тел груднопоясничного отдела позвоночника в настоящее время является высокоэффективным и безопасным методом хирургического лечения поврежденных тел позвонков, устраняющим болевой синдром и восстанавливающим их утраченную биомеханическую прочность и опороспособность. Этот метод может применяться у больных вне зависимости от их возраста и сопутствующей соматической патологии с выраженным клиническим эффектом.



МУАЛЛИФ ВА ТАРЖИМОН ЎРТАСИДАГИ РУҲИЙ ЎХШАШЛИКЛАР ВА ТАРЖИМА СИФАТИ

Марғуба Х.Б.

Андижон давлат тиббиёт институти хорижий тиллар кафедраси катта ўқитувчиси

Ҳамма замонларда Гёте асарлари таржимасига киришган қаламкашлар бу сўз санъткорнинг буюклиги олдида, сўзларнинг сеҳри олдида таъзим қилишган. У насрда ҳам, назмда ҳам сўз санъатининг алпи бўлиб танилган. Нафақат олмонияни, балки жаҳонни зарб этган «Ёш Ветернинг изтироблари» сентиминтал романи Гёте ижодида ҳам алоҳида ўрин тутди. Мазкур асар 18 асрда яратилган ва ўзбек тилига Янглиш Эгамова томонидан бевосита таржима қилинган. 1975 йили Ғофур Ғулом номидаги адабиёт ва санъат нашриёти томонидан ўзбек китобхонларига тағдим этилган.

Хўш, шаклан мўъжазгина, моҳиятан улкан бу китобни таржима қилишга бундай журъатга Янглиш Эгамовани нима ундади? Ахир ўшанда эндигина олий ўқув юртини битириб, талабаларга олмон тилидан сабоқ бераётган ўқитувчи эди холос. Шубҳасиз, Гёте айниқса унинг «Вертер»и таржимаси учун олмон тилини билишининг ўзи кифоя қилмайди. Таржимон ўзининг эсдаликларида шундай ёзади: «Вертер» га меҳр менда талабалик йилларимда, романдан катта бир парчани таҳлилий ўқиш дарсида туғилган эди. Қолаверса, қахрамон билан характерлар муштараклиги, соф субъектив сабаблар бўлиши ҳам мумкин. Хуллас, бу асар менинг қалбимга, борлигимга туғён олиб кирган, уй—хаёлимни эгаллаган эди. Бундай холатда уни таржима қилмай бўлмасди. Гётени таржима қилишга, тўғриси, назарий жидатдан у қадар тайёр эмасдим, аммо, руҳан, бутун шуурим билан тайёр эканлигимни англаб етгач, шу ишга журъат этдим”.

Олима ва таржимон Янглиш Эгамова «Ёш Вертернинг изтироблари» таржимасига 1969 йилнинг куз ойида киришади. Ва асарни 40 кунда таржима қилиб 1970 йил январь ойида нашриётга беради. Беш йил давомида асар нашриётда чоп этилмасдан қолиб кетади. Я, Эгамова ана шу вақтда бош редактор бўлган Мухаммад Али билан учрашади. Мухаммад Али асарни қайта кўриб чиқишни тавсия қилади. Беш йиллик давр ичида асар қайта таржима бўлади. Таржимон бу сафар Берлинда чоп этилган 13-томдан фойдаланади. Қайта таржима қилгач асарни кучли ҳис- туйғулар билан бойиганлигини ҳис этади. Асар 1975 йил нашрдан чиқади. Китобхонлар асарни илиқ кутиб оладилар. Марҳум профессор Ақром Каттабеков Я. Эгамованинг илк таржимасига юксак баҳо бериб, «Агар Гёте Вертерни ўзбек тилида ёзганида худди шундай ёзган бўлар эди» деган. Бундан кўриниб турибдики Янглиш Эгамованинг илк бор қилган таржимаси унинг нақадар ўз ишга маъсулиятли ва жиддий ёндошгани ва олиманинг юксак таржимонлик маҳоратининг маҳсулидир.

Гулистон Университетида талабаларга олмон тилидан дарс бераётган Я. Эгамова билан учрашиш мақсадида 2003 йил баҳор ойларида Университетга бордим. Ёши 60 ларни қоралаб қолган, одмигина кийинган аёл илиқ, табассум билан кутиб олганди ўшанда. Сўхбатимиз «Ёш Ветернинг изтироблари» таржимаси устида борганида Янглиш Эгамова хаёлга чумди.

«Биласизми, орадан шунча вақт ўтсада, худди мен уни кеча қўлимга олиб, унинг тароватли оламига қадам қўйгандекман. Мен уни ёддан билсам керак. Ха, ёддан биламан. Чунки «Вертер» кўз ёшларим ва изтиробларим меваси. Худди Гёте менинг туйғуларимни, қалб изтиробларимни, 200 йил олдин қоғозга туширгандек» {1}



Ха, Адиб ва таржимон ўртасидаги руҳий яқинлик. Таржиманинг муфакяатли чиқишининг асосий сабаби ҳам шудир.

Гёте ижодининг жаҳонда тарқалиш тарихи тадқиқ қилинар экан «Вертер»нинг дастлабки, 18-асрдаги таржималари ҳақида ўта ҳаяжонли маълумотларни келтиради.

ИДИОМАЛАР ТАРЖИМАСИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ

Будикова М.Х

Андижон Давлат Тиббиёт Институту

Хорижий тиллар кафедраси, катта ўқитувчиси

Таржимашуносликнинг долзарб мавзуларидан бири бу бадий асарлар таржимасида идиомаларни тўғри ўгиришдир. Муаллифлар ўз асарларида ҳар бир халқнинг хулқ-атвори, айнан шу халқга хос бўлган киноя ва қочирмаларни мақол, матал ва идиомалар билан ифодалаб беради

Идиомани (юнонча *idioma* ўзига хос ибора дегани) таърифлаш эса янада қийинроқ. Буни идиомага берилган таърифнинг хилма хиллигидан ҳам билса бўлади. Шундай таърифлардан бир нечасини келтирамиз: "Идиома ... маълум бир тилга хос, унга ўзлашиб кетган ва бошқа тилга сўзма сўз таржима килиб бўлмайдиган нутқ оборотидир". "Маъноси айна ибора таркибидаги сўзларнинг мазмунидан келиб чиқмайдиган иборага идиоматик ибора дейилади".

"Маъноси ўз таркибидаги сўзларнинг маъноларига боғлиқ бўлмаган, яхлит холда маъно берувчи, ихчам ибора идиома дейилади".

Идиомашунос олим А.Я.Рожанский бундай ибораларнинг уч асосий белгисини ажратиб кўрсатади:

бирикмаларнинг барқарорлиги (турғунлиги)

бирикмаларнинг мажозий маъно бериши

бирикмаларнинг семантик бутунлиги

Бирикмаларнинг барқарорлиги (турғунлиги). Идиомалар ҳозир ишлатилмайдиган, маъноси кўпчиликка маълум бўлмаган, аллақачонлар истеъмолдан чиқиб кетган сўзларнинг ёхуд эски грамматик шаклларнинг сақланиб қолганлиги; жуда қадим замонларда машҳур бўлган афсоналарнинг мазмунидан келиб чиққанлиги; кўпгина идиомаларнинг диний мазмунда бўлиши; тарихий воқеаларни акс эттириши ҳамда яхлит ва ихчам шаклда бўлиши уларнинг барқарорлигини исботлайди. Бирикмаларнинг мажозий маъно бериши. Масалан, **оёқ узатмок** бирикмаси кишининг вафот қилганлигини билдиради, демак, бу маъно унинг таркибидаги сўзларнинг мазмунидан келиб чиқмаётган, балки шу бирикманинг кўчма маънода ишлатилаётганидандир. Зотан, у тўғри маънода ҳам қўлланиши мумкин.

Бирикмаларнинг семантик бутунлиги. Буни шундан ҳам билиш мумкинки, синтактик таҳлилда идиома бир гап бўлаги вазифасида келади. Идиома маъно томонидан сўз, шаклан - кўпинча бирикма бўлиб келади. Идиома - шаклан бўлақларга ажралмайдиган, таркибидаги сўзларнинг тўғри ва аниқ; маъноси билан талкин қилинмайдиган, кўчма маъно англатувчи барқарор сўз бирикмасидир.[2.14]

Бир тилдаги идиоматик ибораларни бошқа тилга бирикма таркибидиги сўзларнинг тўғри маъноси билан таржима қилинса, кўпинча тушунарли бўлмайди, шу тилнинг ўзида ҳам уларни тўғри маънода талқин қилиш, яъни тушунмовчиликка сабаб бўлади.



Идиоматик иборани мақол билан қиёс қилинса, унинг ўзига хос томонлари очиқроқ кўринади:

Идиома барқарор лексик бутунлик бўлиб, уни на семантик жихатдан, на синтактик томондан бўлакларга ажратиб бўлмайди. Идиома фақат кўчма маънода ишлатиладиган барқарор сўз бирикмасидир. Бошқача қилиб айтганда, идиомада ҳеч қандай халқ хикмати йўқ- Мақол билан идиома маъно ва шакл томондан бир - биридан жиддий фарқ қилса ҳам, мақол ва матал, матал билан идиома ўртасида ўхшашлик катта. Икки ёки бир нечта тилда ҳам шаклан, ҳам мазмунан, ҳам маънавий тарафдан айнан мувофик келадиган мутлоқ эквивалентлар ҳам топилади. Бироқ бундай мутлоқ эквивалентлар сони кам. Аксарият ҳолларда таржимон ҳар бир идиомага асарда тасвирланаётган воқеалар мазмуни, миллий муҳит ва услуб хусусиятига кўра, ўз тилидан муқобил ёки монанд эквивалентларни мосини танлаб оладилар. Шунга кўра, айтиш мумкин ҳар хил идиомани бир қанча ўринларда, маъносига қараб ҳар хил ўгириш мумкин деган ҳулосага келишимиз мумкин.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ.

Мамадалиев А.Р.¹, Давлатов Б.Н.², Мамасолиева Ш.У.², Мамадалиев А.Б.²

Андижанский филиал РНЦЭМП¹

Андижанский государственный медицинский институт²

Вопросы диагностики и лечения черепно-мозговых травм в настоящее время является одной из актуальных проблем современной нейрохирургии. Черепно-мозговая травма в настоящее время занимает 3 место по летальности после острой сердечно-сосудистой патологии и онкологических заболеваний (Кариев Г.М., 2021).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в отделении нейрохирургии Андижанского филиала РНЦЭМП с 2019 по 2023 год находились 237 больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами осложненные образованием внутричерепных гематом различной локализации и размеров. Возраст больных от 15 до 65 лет. При распределении по полу – мужчин – 143, женщин – 94 больных. Большинство больных были в наиболее работоспособном возрасте от 25 до 45 лет – 145 больных. По механизму травмы – автотравма – 125 больных, бытовая травма – 106 больных (падение с высоты, побои), производственная травма – в 6 случаях.

Согласно утвержденному стандарту от 2018 года, были проведены клиничко-неврологические методы обследования, рентгенологическое и МСКТ или МРТ-исследование.

Неврологический статус больных оценивался по ШКГ, клинически у больных наблюдался анизокория, гемипарезы и гемиплегии. Рентгенологически у 167 больных выявлены признаки перелома костей свода и основания черепа, из них у 65 больных перелом носил вдавленный характер. Глубина вдавления от 0,4 см до 2,5 см. По данным МСКТ и МРТ исследования у обследованных больных выявлены признаки ушиба различных отделов головного мозга, наличие внутричерепных гематом различной локализации – эпидуральные – в 123 случаях, субдуральные – в 86 (из них у 15 больных интраоперационно обнаружены гидромы) случаях и внутримозговой локализации – в 28 случаях. По предварительным расчетам объем гематом варьировал от 35 до 100 см³. Внутримозговые гематомы были меньших размеров – от 15 до 50 см³.



Результаты и их обсуждение. Оперативные вмешательства проводились путем наложения фрезевого отверстия – 25 больных, через малое трепанационное отверстие (до 3 x 3 см) – 36 больных и через трепанационное отверстие – 178 больных. С целью гемостаза нами применялся препарат «Хемопен». При наличии внутримозговых и больших субдуральных гематом оперативное вмешательство завершали установлением дренажной трубки с целью эвакуации остатков крови в послеоперационном периоде. Дренажную трубку удаляли на 2 – 3 сутки после операции.

Хорошие послеоперационные результаты получены у 136 больных, удовлетворительные – у 56 больных, в связи с тяжелым исходным состоянием у 45 больных наблюдался летальный исход на 1 и 3 сутки после операции.

Вывод. Проведение нейровизуализации с момента поступления способствует установлению правильного диагноза и выбора тактики лечения. Проведение более ранних оперативных вмешательств и адекватный интраоперационный гемостаз играет большую роль в сохранении жизни больных и может послужит профилактикой инвалидности больных.

ДИАХАТАР СЎРОВНОМАСИНИ ТЎЛДИРИШ АСОСИДА УГЛЕВОД АЛМАШИНУВИ БУЗИЛИШЛАРИ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 2-ТУРИНИНГ ТАРҚАЛИШИНИ БАҲОЛАШ

Мухамедова В.М. – Андижон давлат тиббиёт институти Госпитал терапия ва эндокринология кафедраси ассистенти.

Юсупова Ш.К. Андижон давлат тиббиёт институти Госпитал терапия ва эндокринология кафедраси мудири.

Мавзунинг долзарблиги: Хозирги кунда дунёда 2-тур диабетнинг (ҚД 2) тарқалиши эпидемия даражасига етди. Ҳалқаро диабет федерацияси (ХДФ) экспертларининг маълумотларига кўра, дунёда 537 миллион 20-79 ёш оралиғидаги катталар қандли диабетга чалинган ва уларнинг сони тобора ортиб бормоқда. 541 миллион одамларда эса углевод алмашинуви бузилишлари мавжуд. 2030 йилга келиб 643 миллион ва 2045 йилга келиб 783 миллион 20-79 ёш оралиғидаги кишилар диабет билан яшаши тахмин қилинмоқда [1].

Мақсад: - Андижон вилояти Марҳамат туманида яшовчи аҳоли орасида ДиаХатар сўровномасини тўлдириш асосида углевод алмашинуви бузилишлари ва 2-тур қандли диабет ривожланиши учун юқори хавfli гуруҳларни аниқлаш.

Материаллар ва усуллар: Углевод алмашинуви бузилишлари ва ҚД2-турини скрининг қилиш учун Андижон вилоятининг Марҳамат туманида яшовчи 18 ёшдан ошган 2112 нафар аҳоли текширилди. Барча иштирокчилар ДиаХатар сўровномасини тўлдиришди ва уларда қонда қанд миқдори, глюкозага толерантлик тести ўтказилди.

Олинган натижалар: Тадқиқот давомида 2112 киши текширувдан ўтказилди, уларнинг 1356 нафарида (64,2%) углевод алмашинуви бузилишлари аниқланмади. Қолган 669 (31,6%) одамда углевод метаболизмнинг турли даражадаги бузилиши топилди: 87 (4,1%) нафар одамда илк маротаба 2 тур қандли диабет, 243 та (11,5%) одамда нахорги гликемияни бузилиши (НГБ), 267 та (12,6%) одамда глюкозага толерантлик бузилиши (ГТБ) ва 159 (7,5%) нафарида эса НГБ+ГТБ аниқланди.

Хулоса. ДиаХатар сўровномасидан фаол фойдаланиш аҳоли орасида ҚД2-тури ва углевод алмашинуви бузилишини эрта аниқлаш, касаллик натижасида келиб чикувчи асоратларни олдини олиш ва ўлим хавфини камайтириш имконини беради.

Калит сўзлар: қандли диабет, предиабет, глюкозага толерантлик, нахорги гликемия, ДиаХатар, углевод алмашинуви бузилиши.

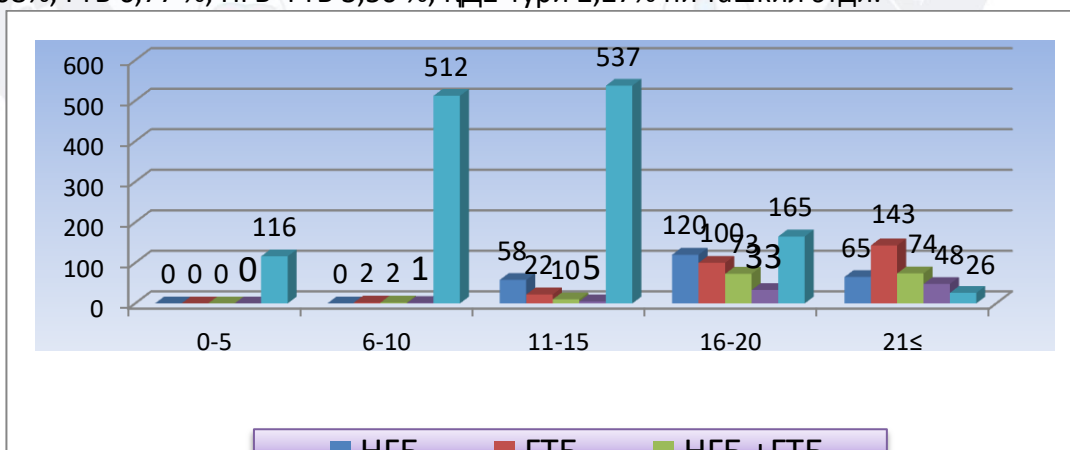
Афсуски, углевод алмашинувининг эрта бузилиши (НГБ,ГТБ) билан беморлар шифокор назоратига олинмаганлиги сабабли кўпинча метаболик касалликлар прогрессияси ва ҚД2 га ўтишига олиб келади. ГТБ ташхисидан кейинги биринчи йилда ГТБ билан касалланган беморларнинг 5-10% ҚД2 га айланиши, беш йилда - 20-35% одамларда ва агар НГБ,ГТБ билан бирлаштирилса, ҚД2 38-65% да 5 йилдан кейин ривожланиши аниқланди. Шу билан бирга, углевод алмашинувининг эрта бузилиши деярли рўйхатдан ўтказилмайди ва ушбу гуруҳ беморлари диспансер назоратига қўйилмайди, яъни улар ўз вақтида даволанмайдилар.

Шундай қилиб, Хавф остида бўлган шахсларни ўз вақтида аниқлаш ва улар орасида скринингни ташкил этиш латент 2-тур диабетни аниқлаш, шунингдек, зарур профилактика чораларини кўриш имконини беради. Бунинг учун биз ДиаХатар сўровномасини ишлаб чиқдик.

Материаллар ва усуллар: Скрининг ўтказиш учун Андижон вилояти Мархамат туманида яшовчи 18 ёшдан юқори анамнезида қандли диабет бўлмаган аҳоли олинди. Хар бир текширилувчидан ДиаХатар сўровномаси олинди.

Олинган натижалар ва муҳокама: Сўровномани тўлдириш жараёнида тўпланган баллар сонининг кўпайиши билан углевод алмашинуви бузилган одамларнинг улуши органлиги аниқланди 0-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21 ёки ундан кўп.

Тадқиқотимиз натижасида 0-5 оралиғида балл тўплаган гуруҳда УАБ ва 2-тур қандли диабет аниқланмади. 6-10 балл оралиғида УАБнинг турли бузилишлари куйдагича аниқланди ГТБ 0,09 % , НГБ+ГТБ 0,09%, ҚД2-тури 0,05%. Бу кўрсаткичлар 11-15 балл оралиғида балл тўплаганлар орасида НГБ 2,75%, ГТБ 1,04%, НГБ+ГТБ 0,47%, ҚД 2-тури 0,24% ни ташкил қилди. 16-20 балл оралиғида НГБ 5,68%, ГТБ 4,73%, НГБ+ГТБ 3,46 % , ҚД2-тури 1,56% аниқланди. 20 ва ундан юқори балл бўлган гуруҳда кўрсаткичлар энг юқори, НГБ 3,08%, ГТБ 6,77 % , НГБ+ГТБ 3,50 % , ҚД2-тури 2,27% ни ташкил этди.



Диахатар сўровномасида тўплаган балларга кўра Углевод алмашинуви бузилиши, Қандли диабет 2-тури ва соғлом гуруҳлар нисбати .

Бундан кўриниб турибдики сўровномада йиғилган баллар сони ортиши билан УАБ турли даражалари ва ҚД 2-турини янги аниқланиши ортиб борди.



Хулоса: Ўрганилаётган аҳоли учун ДиаХатар сўровномаси ишончли воситадир бу 10 йиллик диабет ривожланиши учун хавф гуруҳини аниқлаш имконини беради. Сўровномани тўлдириш орқали тўпланган баллар миқдорининг кўпайиши билан нафақат 2-тур қандли диабет ва углевод алмашинувининг дастлабки бузилишларини аниқлаш имкони ортади балки, юрак-қон томир касалликлари хавфини ҳам аниқлаш имкони ортади.

РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С ИССЕЧЕНИЕМ МАЛОЙ КРИВИЗНЫ И СЕЛЕКТИВНОЙ ВАГОТОМИЕЙ В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Пакирдинов А.С., Нуритдинов А.Т., Рахмонов Б.Ж.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность: Классическая резекция 2/3 желудка надежно излечивая больного от основного заболевания, язвенной болезни, таит в себе опасность развития пострезекционных синдромов и тяжелых функциональных расстройств, которые развиваются у 20-40% и более оперированных больных (Березов Ю.Е., Варшавский Ю.В. 1971, Калиш Ю.И. 1984, Голдин В.И.1990).

Цель: Изучение особенностей клинического течения резекции желудка с иссечением малой кривизны и селективной ваготомией в хирургии гастродуоденальных язв.

Материал и методы: В связи с этим, основываясь на результаты экспериментальных исследований по изучению ангиоархитектоники и микроциркуляторное русло стенки желудка, в норме (10) и в условиях нарушенного кровообращения(СПВ) (33) на 43 беспородных собаках и клинических наблюдений за 144 оперированными больными по поводу постваготомных язв, (Джумабаев С.У., Мехманов А.1991,1997, Мехманов А.2002) нами применяется способ резекции1/2 желудка с иссечением малой кривизны и селективной ваготомией (А.С. 0433/ДФ. от 17.02.02) для хирургического лечения гастродуоденальных язв (Хаджибаев А.М. ,Мехманов А.М. 2005,2006).

Теоретической предпосылкой предлагаемого способа резекция желудка является следующее:

- Благодаря конструктивным особенностям формирования желудочной культи, его форма приближается к более естественной форме желудка, сохраняется достаточная резервуарная функция и возможности формирования прямого гастродуоденоаностомоза. Уменьшается вероятность возникновения пострезекционных синдромов.

- доступность удаления язвы, расположенной на малой кривизне желудка и возможность иссечения всей ульцерогенной зоны с ее слаборазвитой сосудистой системой, не увеличивая объема резекции желудка.

- возможность адекватного снижения желудочного кислотообразования в результате хирургического воздействия на обе фазы желудочной секреции путем селективной желудочной ваготомии и антрумэктомии.

- вновь созданный пилорический канал из стенок большой кривизны предупреждает «провал» содержимого культи желудка в отводящую петлю, обеспечивая замедления эвакуации.



Результаты исследований: Клиническая часть материала основана на результатах обследования и хирургического лечения 262 больных с гастродуоденальными язвами за последние 20 лет.

Выводы: Умерло 5 (1,9%) больных. В отдаленном периоде у 238 больных получены отличные и хорошие результаты. Трудоспособность восстановлена у 91 % человек.

АССОЦИАЦИЯ СОСУДИТОГО ВОЗРАСТА С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Бадалбаева Н.М., Узбекова Н.Р., Китьян С.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы: Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) попрежнему остаются основной причиной заболеваемости и смертности во всем мире. Одним из главных не модифицируемых факторов снижения эластичности сосудов и появления атеросклеротических бляшек является возраст. В ряде исследований выявлено, что у некоторых людей изменения сосудов происходят в более молодом возрасте.

Цель: Определить ассоциацию возраста с артериальным давлением а также выявить гендерные различия артериальной жесткости и индекса аугментации с показателями суточного мониторинга артериального давления .

Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 50 пациентов с ЭГ в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст – $45,0 \pm 6,0$). Учитывая прогностическую роль степени ночного снижения АД, все пациенты по результатам суточного мониторинга АД были разделены на 3 группы. В первую группу вошли пациенты с СИ 10-20% - «dipper» ($n = 60$, 11 мужчин 12 женщин, средний возраст – $50,1 \pm 5,5$ лет).). Во вторую группу – с СИ 0 - 10% - «non-dipper» ($n = 54$, 8 мужчин 7 женщин, средний возраст – $56,1 \pm 6,4$ лет), в третью – с СИ < 0% - «night-peaker» ($n = 15$, 5 мужчин и 5 женщин, средний возраст – $50,4 \pm 5,3$ лет). Больным провели измерения роста, веса, индекса массы тела (ИМТ), объема талии (ОТ), АД и ЧСС, уровня глюкозы, креатинина сыворотки крови и расчет его почечного клиренса, уровня общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), холестерина липопротеида высокой плотности (ХС-ЛПВП) и триглицеридов (ТГ). Для определения изменений архитектоники стенок крупных сосудов и показателей центрального кровообращения применили метод фотоплетизмографии – аппаратно-программный комплекс «Ангиоскан-01» .

Результат: В группе женщин с эссенциальной гипертензией выявлялась тесная корреляция САД, ДАД и ПАД с уровнем цСАД ($r=0,45$, $p<0,001$; $r=0,25$, $p<0,03$; $r=0,41$, $p<0,001$ соответственно) и SI ($r=0,40$, $p<0,001$; $r=0,25$, $p<0,03$; $r=0,28$, $p<0,02$ соответственно). В группе мужчин с гипертонической болезнью уровни периферического АД преимущественно коррелировали с АИх. В частности, САД ассоциировалось с показателем АИх75 ($r=0,22$; $p<0,05$), ПАД с АИх75 ($r=0,26$; $p<0,03$), АИх ($r=0,23$; $p<0,05$) и цСАД ($r=0,37$; $p<0,001$). Кроме того, выявилась взаимосвязь ДАД с АИх ($r=0,23$; $p<0,05$).

Заключение: Таким образом установлено ассоциация параметров артериальной жесткости с суточным профилем АД. Обнаружилось зависимость индекса усиления от степени снижения АД в ночное время у женщин, то же время корреляционной



взаимосвязи уровней АД с индексами Alx и RI в группе женщин, страдающих ЭГ, не выявилось. У мужчин преобладало взаимосвязь с индексом Alx.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ В ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАНАХ

Азизов Д.Т., К.К.Мирзаев., Ш.А.Тожибоев

Кафедра хирургических болезней и гражданской обороны

Актуальность. Помимо клинических признаков инфекции (например, воспаления, гнойности и боли), для определения раневой инфекции исторически использовалось количество микроорганизмов. Однако все чаще признается, что не только высокий уровень бионагрузки вреден для заживления ран, но и вирулентность вторгающегося микроорганизма и иммунный статус хозяина могут повлиять на клинические исходы. Бактерии, такие как синегнойная палочка, золотистый стафилококк и эпидермальный стафилококк, разработали ряд факторов вирулентности, которые помогают им преодолевать защиту хозяина и размножаться в подлежащих мягких тканях. Более конкретно, бактериальные протеазы являются одним из таких факторов вирулентности, которые участвуют в стимулировании инвазии и разрушения ткани хозяина. Из-за сложности микроорганизмов протеазы могут негативно влиять на раневую среду, что приводит к замедленному заживлению ран.

Цель исследования. Изучить особенности изменения содержания протеаз и ингибиторов протеаз в хронических гнойных ранах.

Материал и методы исследования. В работе были обследованы в первой группе 12 больных с послеоперационными ранами (контроль) и во второй группе 15 больных с гнойными ранами (опыт). У всех больных в диагнозе отсутствовали сердечнососудистые заболевания, диабет и метаболические изменения. Материал для исследования получали путем сбора смывов стерильным физиологическим раствором с поверхности послеоперационных и гнойных ран. Общую протеолитическую активность в составе смывов определяли казеинолитическим методом по учету продуктов гидролиза казеина в единицах активности (Ед) по тирозину. Ингибиторную (анти-протеолитическую) активность полученных смывов определяли казеинолитическим тестом, по способности убывания активности 0,01% трипсина и 0,01% папаина, при инкубации их с исследуемыми образцами смывов по сравнению с образцами смывов с трипсином или папаином без инкубации. Ингибиторную активность выражали в ингибиторных единицах (ИЕд).

Результаты и их обсуждение. Полученные данные показали (Рис.), что у пациентов с послеоперационными ранами средний показатель ОПА в составе смывов составлял $31,7 \pm 2,8$ Ед/мл. В тоже время у больных с гнойными ранами этот показатель был достоверно выше, по сравнению с аналогичными результатами послеоперационных ран, и составлял $52,4 \pm 4,8$ Ед/мл ($P < 0,01$). При этом показатель антипротеолитической активности по трипсину в составе смывов послеоперационных ран составлял $28,9 \pm 2,5$ ИЕд/мл, что было не существенно ниже ОПА в смывах послеоперационных ран, а индекс протеолиза ОПА/АПА по трипсину был также не существенно выше и равен $1,1 \pm 0,1$. У больных с гнойными ранами показатель антипротеолитической активности по трипсину был достоверно ниже по сравнению с аналогичными результатами больных с



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



послеоперационными ранами и составлял $21,2 \pm 1,9$ ИЕд/мл ($P < 0,05$), а также значительно ниже ОПА смывов гнойных ран. С учетом этих данных индекс протеолиза ОПА/АПА по трипсину находился на уровне $2,5 \pm 0,22$, что было значительно выше такого же показателя в составе смывов послеоперационных ран. Результат антипротеолитической активности по папаину в составе смывов послеоперационных ран составлял $19,1 \pm 1,5$ ИЕд/мл, этот показатель был значительно меньше антипротеолитической активности по трипсину, в связи с более низким содержанием ингибиторов протеаз связывающихся с папаином. По этой же причине увеличивался индекс протеолиза ОПА/АПА по папаину и был равен $2,7 \pm 0,24$. В тоже время у больных с гнойными ранами антипротеолитическая активность по папаину была также значительно ниже антипротеолитической активности по трипсину и составляла $11,6 \pm 0,9$ ИЕд/мл ($P < 0,05$), также это проявляется с более низким содержанием ингибиторов протеаз связывающихся с папаином. При этом индекс протеолиза ОПА/АПА при исследовании гнойных ран по папаину был равен 4,5, что было выше индекса протеолиза послеоперационных ран. Исходя из этого, полученные нами данные антипротеолитической активности по папаину и трипсину можно интерпретировать, следующим образом. В послеоперационных ранах, без выраженных проявлений воспаления, имеется равновесие между протеазами и ингибиторами протеаз, которое регулируется в большей степени местными механизмами. В тоже время в хронических гнойных ранах с выраженным воспалительным процессом, нарушено равновесие между протеазами и ингибиторами протеаз, за счет нарушения местных и системных механизмов.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о том, что протеазы могут играть важную роль в раневых инфекциях, способствовать развитию воспалительной реакции и препятствовать заживлению ран.

ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЦЕНТРЫ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ

Хамраев О.А., Рустамов У.М., Садикова Д.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. В связи с высокой распространенностью данного заболевания актуальными остаются исследования в области этиологии и патогенеза ДГПЖ.

Цель исследования – изучить патоморфологические изменения и установить пролиферативные центры базальных клеток стромы 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 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. Пролифераты 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.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАН С УЧЕТОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ УЧАСТИЯ ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ

Азизов Д.Т., К.К.Мирзаев., Ш.А.Тожибоев
Кафедра хирургических болезней и гражданской обороны
Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

Введения. Раневой процесс представляет собой сложный комплекс реакций, развивающихся в организме в ответ на повреждение тканей. С точки зрения общей патологии, заживление любой раны есть воспаление, которое последовательно проходит стадии альтерации (повреждения), экссудации (выхода жидкой части крови и клеток воспаления за пределы сосудистого русла) и пролиферации (восстановления утраченных тканей путем образования рубца).

За последние годы под влиянием различных факторов, в первую очередь мощного селективного действия антибиотиков, произошли значительные изменения этиологии



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



раневых инфекций. Отчетливо прослеживается зависимость микрофлоры ран от их происхождения. Так, например, если при острых гнойных заболеваниях стафилококк в монокультуре выявляется в 69,5% случаев, то при посттравматических гнойных ранах, хронических гнойных заболеваниях кожи и мягких тканей, а также при гнойных ранах и развившемся сепсисе высевается сразу несколько патогенных микроорганизмов в 31,5, 48,8, 55,6% случаев соответственно. Остальную часть составляют представители семейства Enterobacteriaceae в монокультуре.

Для гнойных ран различного генеза характерно, что в них среди представителей раневой микрофлоры на всех этапах обследования больных, по данным разных авторов, преобладают стафилококки, которые выделяются как в монокультуре, так и в различных ассоциациях. По данным большинства источников литературы, наблюдается довольно высокий процент выделения грамотрицательных микроорганизмов, особенно синегнойной палочки, частота обнаружения которой значительно возрастает во время пребывания больных в стационаре.

Цель исследования. Обосновать возможность применения иммобилизированной формы бензалкония хлорида и метронидазола в лечении экспериментальной гнойной раны.

Материалы и методы исследования. Материалом настоящего изыскания явилась иммобилизованная форма бензалкония хлорида, изготовленная на кафедре общей хирургии АГМИ следующего состава (в %): бензалкония хлорид – 0,02; метронидазол – 1,0; полиэтиленоксид М.м. 400 – 80,0; полиэтиленоксид М.м. 1500 – 20,0.

Результаты исследования. При сравнении контрольной и опытной групп с интактной по критерию Даннета статистически существенные отличия встречались по всем показателям на всех сроках. Изменения площади и процента уменьшения площади ран указывает на более эффективное течение процесса заживления в опытной группе по сравнению с контрольной начиная с 5 суток наблюдения (данное различие статистически достоверно, $p \leq 0,05$).

В интактной группе СЗ устойчиво слабая на протяжении всего срока наблюдения. В контрольной и опытной группах наибольшие значения приходились на срок 3-5 сутки, однако при этом СЗ в опытной группе была выше в 1,63 раза (статистически значимое отличие, $p \leq 0,05$), что

указывает на высокую активность в предлагаемом нами лекарственном комплексе в первую фазу раневого процесса.

При микроскопии гистопрепаратов ран во всех группах животных к первым суткам после моделирования гнойно-воспалительного процесса вся раневая поверхность была покрыта сплошным слоем фибринозно-гнойных масс, в которых обнаруживалось значительное количество погибших лейкоцитов. Отмечалась дилатация лимфатических и кровеносных сосудов. Отек клетчатки и тканей, залегающих глубже, и инфильтрат в сочетании с диапедезным пропитыванием, который расходился за границы изначально нанесенного дефекта на всю глубину не только дермы, но и на гиподерму. Подлежащие ткани резко отечны и пропитаны полиморфно-ядерными лейкоцитами (ПЯЛ) и макрофагами на разных ступенях дифференцировки, очаги инфильтрата разделяли разрыхленные коллагеновые волокна друг от друга.

Вывод. Таким образом, результаты планиметрических и гистологических наблюдений свидетельствуют о явном положительном влиянии на заживление раны иммобилизированной формы бензалкония хлорида и метронидазола. Так же благодаря



применению гелевой основы происходит пролонгация действия препарата в ране и обеспечивается хороший ее дренаж.

РЕЗУЛЬТАТЫ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Исмаилов С.И., Назыров ф.г., Бабаджанов а.х., Акбаров м.м., Джанбеков т.а., Байбеков р.р., Усманов А.А., Тургунбаев Э.К.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Трансплантация является единственным радикальным лечением терминальных стадий заболеваний печени. Улучшение результатов пересадки печени напрямую зависит от подготовки реципиентов, тщательности отбора доноров, хирургической техники и методов реабилитации в послеоперационном периоде. Несмотря на достигнутые положительные результаты в выживаемости реципиентов после пересадки, частота осложнений все ещё остается высокой, что требует дальнейшего исследования в этом направлении.

Цель исследования: анализ результатов начального этапа внедрения родственной трансплантации печени в Республике Узбекистан.

Материалы исследования. За период с 12 февраля 2018 года по февраль 2023 года проведено 44 родственные трансплантации правой доли печени пациентам с декомпенсированной печеночной недостаточностью различной этиологии.

Результаты исследования. Послеоперационный период у реципиентов без осложнений проходил в 17 случаях, что составило 38,6%, у остальных 27 пациентов (61,4%) после вмешательства отмечалось наличие одного или более осложнений. Так, среди 27 больных отмечалось развитие 47 различных осложнений (от 1 до 3 осложнений). При этом возникшие осложнения у 8 больных (18,2%) в раннем послеоперационном периоде требовали выполнения релапаротомий. Среди 44 пациентов, в раннем послеоперационном периоде умерло 9 пациентов (20,5%), в отдаленном периоде (через 3 года после пересадки) отмечался еще 1 летальный исход у пациента с хроническим отторжением на фоне отказа от приема препаратов иммуносупрессии. В целом среди реципиентов, оперированных в центре за период с 2018 по 2023 годы ближайшие удовлетворительные результаты, получены у 79,5%, тогда как в отдаленном периоде этот показатель составил 77,3%

Резюме. Проведенный анализ показал, что показатели выживаемости трансплантатов и реципиентов в большой степени зависят от особенностей хирургической тактики, нозологии и тяжести исходного состояния реципиента. На начальных этапах внедрения программы существенное значение имеет так называемый «эффект центра».



СОПОСТАВЛЕНИЕ ТАКСОНОМИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЧЕЛОВЕКА.

**Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Хакимова И.Т.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Изучение основных таксономических признаков возбудителей в динамике при инфекционно-воспалительных заболеваниях человека, проведение мониторинга высеваемости условно-патогенных микроорганизмов является актуальным, так как большое количество условно-патогенных микроорганизмов могут приобретать патогенные свойства при воздействии неблагоприятных условий

Нами были изучены 1026 проб мочи женщин больных ИМП, в возрасте от 18 до 49 лет, из них 27,1% (278 проб) составили острые и хронические циститы. Они распределялись следующим образом: 69,8% (194) острые циститы и 30,2% (84проб) хронические циститы.

Нами было установлено, что из 278 проб мочи больных женщин ОЦ и ХЦ *E.coli* были высеяны у 2/3 обследованных(73,9%). В связи с тем, что *E.coli* выделялись чаще всего, то специальные микробиологические исследования проводили со штаммами именно этих микроорганизмов.

При проведенных исследованиях было установлено, что общая гемагглютинирующая активность штаммов *E.coli*, выделенных из мочи больных с ХЦ выявлено в 85,7% случаев (12 из 14 штаммов). Этот показатель достоверно превосходил данные штаммов, выделенных из мочи больных с ОЦ (8 из 15 штаммов-53,3%) и изолированных из фекалий здоровых женщин (5 из 21 штамма-23,8%). Полученное соответственно 1,6 и 3,6 кратное превосходство общей гемагглютинирующей активности культур *E.coli*, полученные от больных женщин с ХЦ указывает на усиление патогенности этих изолированных штаммов по сравнению с другими сравниваемыми группами.

Кроме того, выявлены достоверные различия в количестве штаммов *E.coli*, выделенных из мочи больных и фекалий здоровых женщин, имеющих только маннозорезистентные гемагглютинины, а также сочетание маннозоре-зистентных и маннозочувствительных гемагглютининов.

Полученные в ходе бактериологических исследований результаты имеют большое значение в диагностике, прогнозировании исходов, а также оценке возникновения и течения ИМП у женщин, обусловленной кишечной палочкой.

Штаммы *E.coli* выделенные из мочи больных ОЦ и ХЦ проявляли вариабельность по следующим таксономическим признакам: ферментация маннита, ферментация сахарозы, ферментация арабинозы, ферментация цитрата натрия с глюкозой, а также по образованию индола, гемолизина, антигенными свойствами.

ORGANIC UREA COMPOUNDS AND THEIR DISINFECTANT CHARACTERISTICS

Isanova D.T., Azizov Yu.D., Khakimova I.T.

Our task was to study the biological activity of some organic compounds of urea, since the identification of new classes of disinfectants is an urgent task of our time. The samples were synthesized in the chemical laboratory of the Kyrgyz-Uzbek University. The antimicrobial activity of urea compounds was studied using daily cultures of various groups of bacteria: *S.aureus*



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



(pathogenic gram-positive cocci), *S.epidermidis* (opportunistic gram-positive cocci), *E. coli* and *P. vulgaris* (opportunistic gram-negative rods, peritrichous), *P.aeruginosa* (conditionally pathogenic Gram-negative rods, monotrichs. Form capsule-like mucus).

The tests were carried out in two stages. At the first stage, the experiment was carried out using the method of serial two-fold dilution of the test substance. The final concentration of the substance in the tubes was 50:25:12; 6; 3; 1.5; 0.7: 0.3 and 0.15 mg/md. MPB was used as a nutrient medium. The concentration of the test culture of bacteria in each tube was 1000 bw/ml. The results were taken into account 24 hours after sowing. At the second stage, test tubes with no growth were subcultured to MPA (without admixture of the test preparations), the result was taken into account after 24 hours. In the absence of bacterial growth on MPA, the effect of the chemical preparation was regarded as bactericidal, in the presence of growth - as bacteriostatic. A total of 13 types of newly synthesized various organic compounds of urea were tested.

The data obtained revealed a high antibacterial activity against gram-positive and gram-negative bacteria of three chemical varieties of hexamethylenebis urea. Such a high antibacterial activity of these drugs in low doses makes it possible to recommend them as disinfectants.

DETERMINATION OF THE ADHESIVE PROPERTIES OF MICROORGANISMS IN UROPATHOLOGY.

**Isanova D.T., Azizov Yu.D., Akhmedova D.K.
Andijan State Medical Institute**

The study of adhesive properties was carried out on 115 strains of *E. coli*, 18 strains of *P. aeruginosa*, 22 strains of *Proteus sp.* Colonization factors were studied on 100 *E. coli* cultures, including 50 strains isolated from the urine of patients with chronic UTIs, 25 strains from the urine of acute UTIs, and 25 *E. coli* strains from the faeces of practically healthy people. In the urine of the same patients and healthy people, the antiadhesive activity of urine was studied.

The adhesion was evaluated by the SPA-average adhesion index; IAM-index of the adhesiveness of microorganisms; The KAB-number of adherent bacteria (according to Bektemirov A.M.-T. et al., 2004) to assess the anti-adhesive ability, we studied the indicator of urine anti-adhesive activity (PAAM) according to our method (2008). *E. coli* colonization factors were detected in the direct hemagglutination reaction in the presence of d-mannose and without it with O(I) Rh+ human erythrocytes and sheep erythrocytes according to the standard method.

The study of adhesive activity in bacteria isolated from patients with UTI showed the presence of adhesive activity of varying degrees in all strains of *P.aeruginosa*, *Proteus sp.* Most often, *P.aeruginosa* had a low and medium degree of adhesion in terms of SPA. According to the IAM indicator, an average and low degree was established. In strains of *Proteus sp.* the degree of adhesion was significantly different compared to *P. aeruginosa*. Thus, only 8.3% of strains had a high degree of adhesion according to SPA and IAM. Degree of adhesion of *E.coli* strains. were similar to those of *P. aeruginosa*. Analysis of quantitative differences in CAB showed differences between strains of enterobacteria and, accordingly, the significance of various genera and species of representatives of the Enterobacteriaceae and Pseudomonadaceae families in the etiology of UTI.

The highest rate of antiadhesive activity of urine was found in healthy individuals, the lowest in the group of patients with chronic UTI, in patients with acute UTI, the antiadhesive activity of urine was also significantly reduced in relation to healthy individuals. The obtained



data on the antiadhesive activity of urine indicates that the degree of bacterial colonization and the nature of the course of the pathological process may depend not only on the severity of adhesion in the uropathogenic microorganism, but also on the antiadhesive effect of secrets or nonspecific protective factors.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН АДГЕЗИВНОЙ АКТИВНОСТЬ МОЧИ И СЫВОРОТКИ КРОВИ

Сатликов Р.К., Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Мамадиев Х.Г., Дадаханова Р.А.
Андижанский Государственный медицинский институт
Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Установлено, что чем выше антиадгезивные свойства гуморальных субстратов на поверхности слизистых оболочек, тем выше резистентность организма. Определение антиадгезивной активности сыворотки крови позволяет оценить состояние резистентности к конкретному микробу.

Учитывая вышеизложенное, целью исследования было изучение способа определения антиадгезивной активности мочи и сыворотки у здоровых и больных с неосложненными инфекциями мочевых путей женщин фертильного возраста.

Для проведения исследований были использованы идентифицированные бактериологические методами до вида коллекционные и госпитальные штаммы (тест-микробы) микроорганизмов.

Предлагаемый нами метод основан на изменении адгезивной активности тест-микробов под влиянием мочи, полученный от исследуемых женщин. Для этого предварительно подбирали штаммы микроорганизмов с высокой адгезивностью и готовили объект адгезии (эритроциты человека $o(I) Rh^+$). Систему – объект адгезии, тест – штаммы и исследуемую мочу готовили одновременно. В контроле мочу заменили 0,9% раствором NaCl, определяли среднюю степень адгезии по Брилису В.И. (1986). Результаты выражали в виде показателя «антиадгезивной активности мочи» (ПААМ):

$$\text{ПААМ} = 1 - N_0 / N_k, \text{ где}$$

N_0 – средний показатель адгезии в опыте;

N_k – средний показатель адгезии в контроле.

Всего нами были обследованы 197 здоровых и больных женщин. Изучение адгезивных свойств проводили на 82 штаммах *E.coli*, 43 штаммах *P.aeruginosa* и 39 штаммах *Proteus sp* (*P.vulgaris* и *P.mirabilis*).

Наиболее высокий показатель антиадгезивной активности мочи выявлен у здоровых женщин ($0,96 \pm 0,02$ ед), самый низкий в группе больных с хроническими неосложненными инфекциями мочевых путей ($0,22 \pm 0,01$ ед), а у больных с острыми неосложненными инфекциями мочевых путей антиадгезивная активность мочи была в пределах $0,71 \pm 0,02$ ед.

Полученные данные свидетельствуют о том, что степень бактериальной колонизации и характер течения патологического процесса могут зависеть не только от выраженности адгезии у уропатогенного микроорганизма, но и от антиадгезивного эффекта секретов или неспецифических факторов защиты, омывающих слизистые оболочки мочевыводящих путей.



ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ЦИСТИТОВ У ЖЕНЩИН.

Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Ахмедова Д.К.
Андижанский Государственный медицинский институт

Все большее распространение инфекции мочевых путей обуславливает их актуальность. Ведущее место среди них занимают циститы. Значение циститов обусловлено не только экономическими и медицинскими, но и социальными факторами.

Цель исследования-оценка изменчивости некоторых биологических свойств микроорганизмов, выделенных из мочи больных женщин фертильного возраста с острыми циститами.

Было обследовано 194 проб мочи у женщин фертильного возраста с острыми циститами. После идентификации культур для дальнейших углубленных исследований *in vitro* использовано 15 штаммов *E.coli* от женщин с острыми циститами мочевого происхождения при $\geq 10^5$ КОЕ/мл в моче. Для сравнения таксономических признаков использовали 21 штаммов *E.coli* идентифицированных из фекалий здоровых женщин сопоставимого возраста.

Основным этиологическим фактором при остром цистите были выявлены *E.coli* 73,9%, поэтому дальнейшим исследованиям подвергались штаммы именно этого возбудителя.

У обследованных количество штаммов *E.coli* в моче, характеризующих общую гемагглютинирующую активность, было выделено 8 из 15 штаммов (53,3%). Из фекалий здоровых женщин 5 из 21 штамма (23,8% $p < 0,05$).

Это свидетельствует о не высокой патогенности данного штамма по сравнению с другими.

Кроме того, выявлены достоверные различия в количестве штаммов *E.coli*, выделенных из мочи больных и фекалий здоровых женщин, имеющих только маннозорезистентные гемагглютинины, а также сочетание маннозо-резистентных и маннозочувствительных гемагглютининов. Сравнение выявляемости только маннозочувствительных гемагглютининов показало, что по их наличию между штаммами *E.coli*, изолированных из мочи больных острыми циститами и из фекалий здоровых женщин, достоверных отличий в процентном отношении не отмечалось.

Полученные данные имеют большое значение в диагностике и прогнозировании течения острого цистита у женщин фертильного возраста, обусловленной *E.coli*.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРОМАЛЬНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРОСТАТЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хамраев О.А., Рустамов У.М., Садикова Д.И.
Андижанский государственный медицинский институт

В патогенезе доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) ведущая роль отводится вопросам гормональной регуляции. Исследования последних



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



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. От того, какие именно факторы и на каком этапе развития организма приняли участие в патогенезе заболевания, зависит форма и течение возникающего заболевания.

Цель исследования – изучить морфологические изменения стромально-сосудистой системы простаты при различных формах доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Материал и методы исследования: микроскопические исследования проведены на 30 биопсийных препаратах простаты на кафедре патанатомии Анджианского 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.

Интенсивность пролиферативного процесса в железистом компоненте простаты различна. 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. Продуктивные формы воспаления в предстательной железе при ее доброкачественной гиперплазии чаще всего встречаются в виде интерстициального процесса, а воспалительный инфильтрат локализуется либо в строме органа, либо периацинарно.



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).

ПОЛУЧЕНИЕ CO₂ ЭКСТРАКТА РАПСА (*BRASSICA NAPUS L.*) И ИЗУЧЕНИЕ ЕГО ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА

Тилеуберди Н.Н., Тургумбаева А.А.
Казахский Национальный Университет имени аль-Фараби

Актуальность. На сегодняшний день особое внимание уделяется разработкам из растительного сырья как рапс (*Brassica napus L.*). Семена рапса используются для получения лечебно-профилактических экстрактов и растительных масел. Рапсовое масло является одним из лучших масел содержащих мононенасыщенные, полиненасыщенные жирные кислоты, витамины, фитостеролы и терпеноиды. В медицине используют в качестве диуретика, кардиопротектора, антидиабетического и иммуностимулирующего средства. В последние годы на основе экстрактов рапса разрабатываются новые лекарственные и лечебно-косметические средства. Из семян рапса получают экстракты с использованием традиционных и современных методов экстракции.

Цель. Получение экстракта из семян рапса (*Brassica napus L.*) методом докритической CO₂ экстракции и определение его компонентного состава.

Материалы и методы. Объектом исследования являются семена рапса собранные в Казахском научно-исследовательском институте земледелия и растениеводства города Алматы. В исследовании применялись физические и физико-химические методы.

Результаты исследования. Методом докритической CO₂-экстракции был получен экстракт из семян рапса (*Brassica napus L.*). В качестве экстрагента использовалась жидкая углекислота. Экстракция осуществлялась при рабочем давлении 57-65 кгс/см², температуры экстракции 18-23°C в течении 8 часов. В результате был получен экстракт темно зеленого цвета в количестве 40 г.

Методом газовой хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием изучался химический состав CO₂ экстракта рапса. Условия анализа: объем пробы 0,5 мкл, температура ввода пробы 250°C с проточной камерой. Разделение проводили с помощью хроматографической капиллярной колонки длиной 30 м, внутренним диаметром 0,25 мм и толщиной пленки 0,25 мкм при постоянной скорости газа-носителя (гелий) 1 мл/мин. Температуру хроматографирования программируют от 40°C со скоростью нагрева 5°C/мин до 280°C (выдержка 5 мин). Время анализа 53 минуты. Для управления системой газовой хроматографии, регистрации и обработки полученных результатов и данных использовали программное обеспечение Agilent MSD Chemstation (версия 1701EA). В результате определили содержание следующих химических соединений в составе CO₂ экстракта рапса: олеиновая кислота 36,42%, линолевая кислота 19,15%, наокозан 6,77%, этил олеат 6,90% и фитол 1,81%. Таким образом, CO₂ экстракт рапса (*Brassica napus L.*) содержит в больших количествах жирные кислоты, терпеноиды и фитостеролы.

Вывод. В результате исследования получили CO₂ экстракт рапса в докритических условиях на основе семян рапса, возделанных в Казахстане. Экстракция проводилась при следующих параметрах: время экстракции 8 часов, давление 57-65 кгс/см² и температура



экстракции 18-23⁰С. Получен жидкий экстракт в количестве 40 г темно зеленого цвета. А также, методом газовой хроматографии изучался компонентный состав полученного CO₂ экстракта рапса. Биологическая активность экстракта рапса обуславливается наличием в нем жирных кислот, фитостеролов и терпеноидов. Данные природные соединения широко используются в фармацевтической промышленности в качестве источника биологически активных веществ. В особенности применяются для разработки лекарственных средств обладающих противовоспалительным, антиоксидантным и ранозаживляющим свойствами.

СТАБИЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА.

**Тухтаев Ж.Т., Ботиров Н.Т., Джалилов Ф.Р., Мамаджанов К.Х.
Андижанский государственный медицинский институт**

Переломы локтевого отростка относятся к переломам в области локтевого сустава, которая по частоте занимает первое место среди переломов других суставов верхней конечности. В связи с анатомо-физиологическими особенностями этого сустава, реакций на травму, оперативное вмешательство часто не может предотвратить стойкого нарушения функций, ведущего к ограничению трудоспособности и инвалидности.

Данное исследование основано на анализе результатов лечения и реабилитации 37 больных оперированных с переломами локтевого отростка по Веберу. Метод Вебера заключался в стабильно-функциональном остеосинтезе локтевого отростка с помощью 2-х спиц Киршнера и «8»-образной проволочной петлей. В данной методике достигается стабильная фиксация костных отломков, что даёт возможность избежать гипсовой иммобилизации. Самое главное – активная реабилитация и восстановление потерянной функции сустава.

Больным разрешается сгибание и разгибание сустава кисти, вращательное движение в лучезапястном суставе, активное движение в плечевом суставе. Изометрическое напряжение мышц кисти, предплечья и плеча. Отведение и приведение руки, согнутой в локтевом суставе, с помощью здоровой руки. Сгибание и разгибание в локтевом суставе в нарастающем темпе. Больным назначаются УЗИ в области раны. Иммобилизация длится до 4 недель.

В результате проведенного комплекса лечебных мероприятий у всех 37 больных удалось достичь регенерации костной ткани в сроке от 6 до 8 недель и восстановить функцию локтевого сустава.

Таким образом, стабильность фиксации места перелома и ранняя функциональная нагрузка явились залогом успеха в лечении переломов локтевого отростка.



ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ В ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИЯХ.

**Тухтаев Ж.Т., Мамаджанов К.Х., Ботиров Н.Т., Джалилов Ф.Р.
Андижанский государственный медицинский институт.**

Результаты локальных войн и террористических актов последнего десятилетия (США, Ирак, Чечня, Узбекистан и др.) показали, что при возникновении ЧС оказание медицинской помощи (МП) является приоритетной задачей и на ее ход влияют:

- необходимость оказания помощи возникает внезапно
- массовость количества пострадавших
- условия оказания МП усложняются в связи с парализацией деятельности общественных организаций (ГАИ, скорая помощь, общественный транспорт)
- плохая санитарно-эпидемиологическая обстановка
- сильное нервное напряжение и эмоциональная возбудимость среди медицинского персонала
- плохая обеспеченность силами и средствами, медикаментами, перевязочным материалом
- оказание медицинской помощи в неполном объеме из-за массовости пострадавших

Данное сообщение основано на опыте организации оказания МП и лечения 107 больных с огнестрельными ранениями конечностей (ОРК) в ЧС, возникшей во время террористического акта, организованного религиозными фанатами в мае 2005 г. в г. Андижане.

Пострадавшие прошли предварительную сортировку у ворот АФ РНЦЭМП и больные с ранениями конечностей были направлены в приемное отделение травматологического блока, где была осуществлена медицинская сортировка бригадой в составе травматолога, нейрохирурга, регистратора. Это была бригада постоянной готовности, перед которой стояли следующие задачи:

- медицинская сортировка, определяющая степень нуждаемости, характер необходимости медицинской помощи, потребность и направление транспортировки.
- лечебно-профилактические мероприятия – регламентированные по характеру и объему для данного этапа.
- эвакуация на этап специализированной помощи. Осуществлялась медицинская сортировка на основе первичного диагноза и прогностической оценки пострадавших при условии быстрого, четкого и достаточно грамотного ее выполнения с учетом конкретно сложившейся обстановки. Раненные во время медицинской сортировки распределялись по следующим группам:

1. изолированные травмы, к которым относятся огнестрельные повреждения, расположенные на одной анатомической области.
2. множественные переломы
3. сочетанные повреждения, к которым относятся не повреждения, которые располагаются в разных анатомо-функциональных областях.

Раненые с признаками травматического шока направлялись в реанимационное отделение. Была начата противошоковая терапия. С больными, у которых выявляли наружное кровотечение проводились следующие мероприятия:



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



- пальцевое прижатие поврежденного сосуда
- наложение давящей повязки
- наложение кровоостанавливающего зажима в ране
- лигирование сосуда
- возвышенное положение конечности, туловища
- максимальное сгибание конечности в суставе
- наложение жгута

В реанимационных мероприятиях нуждались 33 пострадавших. ПХО раны проводилась 52 раненым, ее целью являлось создание благоприятных условий для заживления раны. Это основывалось на следующих положениях военно-медицинской доктрины:

- все огнестрельные ранения являются первично микробно-загрязненными.
- единственный надежный метод предупреждения раневой инфекции – максимально ранняя ПХО раны.

ПХО раны сочеталась с интрамедуллярным остеосинтезом у 2х больных. КДО по Илизарову применен у 7 больных, скелетное вытяжение у 16, гипсовая повязка 71 больному. У 3х больных произведена ампутация конечности, у 9 произведена пластика магистральных сосудов. Летальный исход отмечен у 1 больного с тяжелой сочетанной травмой.

В комплексе лечения больных ОРК использованы методы вакуумирования раны, активного антибактериального дренирования, спице-стержневого остеосинтеза, региональной лимфотропной антибиотикотерапии.

Все перечисленные методы лечения дали возможность добиться непосредственно хороших и удовлетворительных результатов.

СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

**Тухтаев Ж.Т., Джалилов Ф.Р., Ботиров Н.Т., Мамаджанов К.Х.
Андижанский государственный медицинский институт**

В основе развития раневого процесса лежит патологическое действие этиологического фактора и реакция больного, имеющая защитно-компенсаторный характер.

Установлена важная роль лимфатической системы в развитии и исходе гнойно-воспалительного процесса.

Лечебные меры, направленные на патогенез, могут предотвратить развитие болезни или придать ей более легкое течение. Одним из направлений решения этой сложной проблемы является разработка путей повышения эффективности вводимых лекарственных препаратов. В этом плане считаем перспективным применение антибиотиков лимфотропным способом. При этом, эффект лечения достигается от непосредственного воздействия антибиотиков на микроорганизмы в лимфатических сосудах, а также от повышения иммунологической активности лимфоцитов в лимфатической системе за счет лимфостимуляции.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



Мы располагаем опытом лечения 108 больных с гнойно-воспалительными осложнениями поврежденных конечностей (переломы с замедленной консолидацией, несросшиеся переломы, ложные суставы, повреждения с дефектами костей и мягких тканей на фоне остеомиелита), в комплексе лечения которых применена непрягая лимфатическая антибиотикотерапия.

Необходимый антибиотик подбирается путем посева содержимого раны, идентификация микрофлоры и определением чувствительности к препарату.

Региональная лимфатическая антибиотикотерапия осуществляется следующим образом: предварительно больному ставилась внутривожная проба с учетом чувствительности к антибиотикам. Строго подкожно тонкой иглой, вводится разовая доза лимфостимулятора, спустя 3-5 минут через ту же иглу вводится разовая антибиотика. На место инъекции накладывается полуспиртовый компресс.

Результаты лечения у 91 больного признаны хорошими: рана зажила первичным натяжением, рецидивов остеомиелита не наступило. Лечение у 12 больных признано удовлетворительным, так как рана зажила вторичным натяжением, без рецидива остеомиелита. Неудовлетворительные результаты получены у 5 больных, которым потребовалось оперативное вмешательство вследствие рецидива остеомиелита.

Таким образом, благодаря применению непрягой региональной лимфатической антибиотикотерапии, в комплексе лечения больных с гнойно-воспалительными осложнениями при повреждениях конечностей, в более чем 94% случаев достигнуты хорошие и удовлетворительные результаты, которые характеризовались купированием инфекционного процесса в костной ткани и регенерации костной ткани.

О ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ.

**Тухтаев Ж.Т., Мамаджанов К.Х., Ботиров Н.Т., Ф.Р. Джалилов
Андижанский государственный медицинский институт.**

Диагностика повреждений опорно-двигательного аппарата у пострадавших с острой травмой отличается тем, что проводится, как правило, в условиях дефицита времени, отсутствия возможности полноценного клинического и инструментального обследования. Не всегда можно рассчитывать на сотрудничество пациента, который может быть неадекватен, агрессивен, заторможен или без сознания.

Поэтому сначала необходимо оценить общее состояние пострадавшего, выявить угрожающие жизни нарушения (острая дыхательная недостаточность, кровопотеря, шок) и параллельно с диагностикой проводить необходимые мероприятия по поддержке или восстановлению жизненно важных функций организма.

Предварительно диагноз ставят на основании легко и быстро определяемых, а если необходимо - и косвенных признаков повреждения опорно-двигательного аппарата.

Формулировка предварительного диагноза должна быть краткой, отражать суть повреждения и его локализацию. На основании предварительного диагноза пострадавшему оказывают неотложную помощь (обезболивание, блокады, временная иммобилизация, наложение повязок), а также определяют план дальнейшего обследования. После его проведения (с подробным сбором анамнеза, детальным осмотром пострадавшего с привлечением дополнительных методов), устанавливают



клинический диагноз, который также в процессе дальнейшего обследования может быть уточнен или дополнен, в некоторых случаях неоднократно. На основании его определяют план лечения или дальнейшего обследования пациента. Окончательный диагноз может быть выставлен не сразу, а через несколько дней, на основании чего определяют план исчерпывающего лечения и реабилитации.

Таким образом, диагностика повреждений опорно-двигательного аппарата при чрезвычайных ситуациях является сложным процессом сбора, накопления, систематизации и осмысливания значительной по объему информации по каждому конкретному больному. И поэтому во избежание допущения ошибок и неточностей оно должно проводиться в четкой последовательности, по точно отработанной схеме, в которой главное место должны занимать описанные выше задачи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ.

Ж.Т. Тухтаев, К.Х Мамаджанов, Н.Т. Ботиров, Ф.Р. Джалилов
Андижанский государственный медицинский институт.

Гнойно-воспалительные осложнения при открытых переломах костей по данным различных авторов наблюдаются в 11-62% случаев. Их успешное лечение во многом зависит от своевременной и радикально проведенной ПХО раны, способов фиксации отломков и раннего проведения целенаправленной антибактериальной терапии.

Нами изучены результаты лечения 103 больных с открытыми переломами костей. Наибольшее количество больных приходится на возраст от 20 до 40 лет. Из них мужчин было 72, женщин 31. В 24 случаях переломы сочетались с обширными повреждениями мягких тканей, которые у 8 пострадавших потребовали в процессе лечения кожной пластики.

В применяемую комплексную терапию входили лечебно-профилактические мероприятия:

- рентгенография и определение микрофлоры раны и её чувствительности к антибиотикам
- подготовка больного к операции (противошоковая терапия, нормализация гемодинамических показателей и подготовка поврежденного сегмента).
- выбор адекватного метода обезболивания
- радикальная первичная хирургическая обработка раны с иссечением всех нежизнеспособных тканей и рассечение карманов
- адекватное дренирование перфорированным поливинилхлоридными трубками
- иммобилизация поврежденной конечности гипсовой повязкой, скелетным вытяжением или компрессионно-дистракционными аппаратами. При этом мы отдаем предпочтение аппарату Илизарова со стержневым приспособлением
- улучшение микроциркуляции в поврежденных сегментах путем региональной лимфатической стимуляции
- десенсибилизирующая и стимулирующая терапия, обеспечивающая повышение иммунобиологической реактивности организма.

Применяемая тактика обеспечила заживление раны первичным натяжением у 83 больных. У 8 больных отмечено нагноение раны с переходом в остеомиелит. У 95



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



больных удалось добиться своевременной консолидации костных отломков и восстановления нормальной биомеханики поврежденной конечности.

Таким образом, применяемый нами комплексный метод лечения открытых переломов трубчатых костей с использованием региональной лимфатической антибиотикотерапии приводит к хорошим результатам. Метод прост, общедоступен и экономичен.

К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ.

Тухтаев Ж.Т., Ботиров Н.Т., Джалилов Ф.Р., Мамаджанов К.Х.
Андижанский государственный медицинский институт.

Проблема профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений огнестрельных повреждений опорно-двигательного аппарата (ОДА) приобретает чрезвычайную актуальность в связи с ростом тяжелых повреждений, частота которых по разным данным составляет 2-63,9%.

Пострадавшие с огнестрельными ранениями ОДА составили 63,2% от общего числа пациентов с повреждениями другой локализации, при этом ранения верхних, нижних конечностей и таза отмечались у 46,2%, позвоночного столба – 4,2%, грудной клетки – у 12,8% больных с сочетанными повреждениями различных анатомических отделов – 7,5%. 93,6% пострадавшим произведена операция – ранняя ПХО раны.

В лечении мы руководствовались принципами единой военно-полевой медицинской доктрины: все огнестрельные ранения следует рассматривать как первично микробно загрязненные, а раны должны быть подвергнуты первичной хирургической обработке.

Хирургическую обработку начинали с рассечения раны по ходу мышечных волокон. Длина разреза должна быть достаточной для проникновения внутрь раны. Для обеспечения лучшего доступа широко рассекали апоневроз с поперечными надрезами в виде буквы «Z». Благодаря этому снимали отек и напряжение тканей, улучшалось кровообращение и микроциркуляция, существенно уменьшалась величина вторичного некроза, повышалась сопротивляемость тканей.

При ревизии раны из нее удаляли кровь, ее сгустки, тканевой детрит, инородные тела, рану промывали антисептическими растворами. Затем приступали к основному этапу вмешательства - удалению (иссечение) нежизнеспособных тканей. Кожу иссекали скальпелем весьма экономно, затрагивая лишь заведомо мертвые участки. Подкожную клетчатку рассекали широко, так как она малоустойчива к развитию инфекции. Мышцы иссекали до здоровых участков, о чем свидетельствовал их здоровый розовый цвет, кровоточивость и сокращение при иссечении. В процессе операции все карманы и дополнительные ходы, имеющиеся в стороне от раневого канала, должны быть раскрыты.

При обширных слепых ранениях с входным отверстием на передней поверхности конечности для обеспечения хорошего дренирования накладывали контрапертуры на противоположной стороне. Оперативное вмешательство заканчивали региональной лимфотерапией по разработанному нами методу. При хирургической обработке костно-мышечной раны восстанавливаем опрону функцию конечности с использованием наиболее рационального способа их фиксации, с микрохирургическим сшиванием



поврежденных нервных волокон и сухожилий, закрывая дефекты кожно=мышечным трансплантатом на питающей ножке с последующей послойной пластикой.

Как показывает опыт, традиционное послеоперационное ведение ран, даже при радикальном выполнении ПХО в ранние сроки, не гарантирует профилактики появления новых очагов некроза и развития инфекционных осложнений. Поэтому, на наш взгляд, эффективна дополнительная обработка ран различными химическими и физическими методами в сочетании с целенаправленной лимфотерапией, позволяющая добиться сокращения сроков лечения и улучшения функциональных результатов. Нагноение ран с необходимостью распускания швов имело место у 5,6% больных основной группы и у 12,2% группы сравнения.

ШКАЛА ОЦЕНКИ СТАДИИ ДИСЛОКАЦИОННОГО СИНДРОМА.

М.Н. Хакимов, А.Б. Мамадалиев

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Показания к объему хирургического вмешательства при супратенториальных опухолях головного мозга зачастую определяются выраженностью дислокационного синдрома, но не существует единого мнения по поводу степени или стадии данного патологического явления.

Цель - предложить шкалу оценки стадий дислокационного синдрома с учетом анализа собственного материала и литературных данных.

Материал и методы исследования. Ретроспективно и проспективно нами изучены данные 46 больных с супратенториальными опухолями головного мозга. На основе этих данных нами предложена собственная шкала определения стадии дислокационного синдрома при супратенториальных опухолях головного мозга.

1. Дислокационный синдром при опухолях головного мозга имеет свои особенности и различается от такового при травмах или нетравматических внутримозговых кровоизлияниях. Это обуславливает деление дислокационного синдрома на стадии, в отличие от травм или инсультов, где уместнее было бы деление на степени. В связи с этим мы посчитали необходимым подходить к дислокационному синдрому при супратенториальных опухолях головного мозга со стороны адаптационных свойств организма и выделили адаптированную, неадаптированную компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную стадии дислокационного синдрома.

2. Огромное значение имеют внутрочерепные резервные пространства. Их истощением на фоне повышения внутрочерепного давления объясняются так называемые «апоплексические» или «инсультоподобные» дебюты доброкачественных опухолей головного мозга.

3. Следует уделить внимание направлению дислокации. Так, если при травмах головного мозга и нетравматических внутримозговых кровоизлияниях наблюдается боковая дислокация, то при супратенториальных опухолях, учитывая многообразие их локализации, направление смещения может быть любым и при выборе тактики лечения и клинических проявлениях необходимо учитывать, что размер опухоли не имеет первостепенного значения.



Результаты. Основываясь на вышеуказанных моментах, предложенная шкала представлена в виде суммы баллов, учитывающих направление дислокации, внутричерепные пространства и наиболее частые признаки дислокации.

По данной шкале, проведен проспективный анализ 46 пациентов с супратенториальными опухолями головного мозга. Выявлено что 20 больных (43,5%) находились в стадии адаптированной дислокации. У 15 больных (32,6%) наблюдалась неадаптированная дислокация с компенсацией. У 8 больных (17,4%) субкомпенсированная, у 3 больных (6,5%) декомпенсированная дислокация.

Вывод. При непосредственной оценке стадии дислокационного синдрома 46 пациентов, предложенная шкала выявила очень хорошее значение Алфа Кронбаха = 0,905 и может быть использована для оценки стадии дислокационного синдрома, что в свою очередь позволит выбрать оптимальную тактику лечения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ.

Хакимов М.Н., Кариев Г.М., Худайбердиев К.Т., Мирзаюлдашев Н.Ю.

**Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан.**

Дислокация мозга является грозным осложнением опухолей головного мозга и могут стать причиной летальных исходов, а также инвалидизации больных.

Цель: изучить результаты хирургического лечения больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации с дислокационным синдромом.

Материал и методы: исследованы результаты хирургического лечения 46 больных с клиническими и компьютерно-томографическими признаками дислокации мозга которые находились в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период 2019-2021 гг. Общее состояние больных оценивалось по Шкале Карновского, неврологический дефицит по шкале NANO, анализ выживаемости по методу Каплана-Майера в трех месячном катамнезе.

Результаты: тотальное удаление опухоли проводилось в 69,6% случаях (33 больных), частичное удаление опухоли – 23,9% (11 больных), декомпрессия проводилась у – 6,5% (3 больных). Среднее значение Индекса Карновского у выживших больных был через 3 месяца после операции был выше на $26,74 \pm 8,393\%$ чем при поступлении ($p=0,001$). У 2 (2,2%) больных наблюдался летальный исход. Медиана срока смертельного исхода составила 45 суток (ДИ: 1,9-88,1). Прогрессия неврологического дефицита наблюдался у 6,5% больных, стабильность – у 19,6% больных, регрессия у 65,2% больных.

Выводы: Тактика хирургического лечения с учетом объема вмешательства (тотальное, частичное удаление и декомпрессия) является эффективным методом лечения больных супратенториальными опухолями головного мозга с дислокационным синдромом.



АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРКУТАННОЙ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ.

Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А.Бозоров О.Р..

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии. Узбекистан. Ташкент.

Лечение нестабильных неосложненных переломов грудного отдела позвоночника у пациентов старшей возрастной группы имеет ряд особенностей и сложно решаемых задач. Особенности данной группы пациентов является наличие большого количество сопутствующей соматической патологии, переходящих в результате травмы и длительного постельного режима в стадию декомпенсации.

Чрескожная пункционная баллонная кифопластика является современным малоинвазивным способом переломов грудного отдела позвоночника, которая в отличие от более распространенной вертебропластики позволяет частично восстановить высоту тела сломанного позвонка и уменьшить угол локального посттравматического кифоза. Восстановление этих анатомических параметров важно и в прогностическом плане и в прочной опороспособности позвоночно-двигательного сегмента.

Цель: изучение эффективности чрескожной пункционной баллонной кифопластики при остеопоротических переломах грудного отдела позвоночника у пациентов старших возрастных групп.

Материал и методы. В период с 2017 по 2020 г. нами выполнено 56 операций чрескожной пункционной баллонной кифопластики у пациентов с остеопоротическими переломами тел грудного отдела позвоночника. Возраст больных составлял от 48 до 69 года. Средний возраст составил 58,5 лет, женщин было 35 мужчин 21. У 45 пациентов была выполнена баллонная кифопластика на одном уровне, у 11 пациентов была выполнена на двух позвонках, у 3 пациентов баллонная кифопластика произведена на трёх уровнях. В 33 случаях (58,9%) остеопоротические переломы были локализованы в грудном отделе позвоночника, у 18 (32,1%) в поясничном отделе позвоночника, у 5 (8,9%) больных в груднопоясничном отделе позвоночника. Предоперационное обследование включало оценку общего состояния больных, ортопедического, неврологического статуса и лучевых методов диагностики: обзорная рентгенография позвоночника, МРТ, КТ, денситометрия. Операцию осуществляли с помощью набора инструментов для баллонной кифопластики iVAS компании Stryker (США). Использовали рентген позитивный костный цемент Spine Plex Stryker (США).

При анализе ближайших и отдаленных результатов лечения использовали клиническое обследование, определяли качество жизни с помощью адаптированного опросника Освестри, болевой синдром по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Выполняли рентгенографию позвоночника в двух стандартных проекциях с последующим рентген-морфометрическим анализом характера повреждения и отдаленного результата. Контрольная КТ и МРТ исследования в послеоперационном периоде проведено у 48 больных (85,7%).

Анализ результатов лечения показал сохранения коррекции кифотической деформации на более 30% у 74% больных в отдаленных сроках лечения (через год). Полное устранение болевого синдрома достигнуто у 67,7% пациентов, у 12,2% пациентов



наблюдалось сохранение незначительного болевого синдрома. Восстановление двигательной активности отмечено в 83,5% случаях. У 3 пациентов наблюдалось истечение костного цемента за пределы сломанного позвонка (в межпозвонковый диск) с бессимптомным течением.

Закключение. Перкутанная баллонная кифопластика остеопоротических переломов тел груднопоясничного отдела позвоночника в настоящее время является высокоэффективным и безопасным методом хирургического лечения поврежденных тел позвонков, устраняющим болевой синдром и восстанавливающим их утраченную биомеханическую прочность и опороспособность. Этот метод может применяться у больных вне зависимости от их возраста и сопутствующей соматической патологии с выраженным клиническим эффектом.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОДИСЭКТОМИИ.

Ш.Ш.Шатурсунов., Шомансур Ш. Шатурсунов., С.А.Мирзахонов., Д.И.Эшкулов.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан

Введение. По данным современных литературных источников, около 80 % людей в течение жизни переносили по крайней мере один эпизод боли в пояснице с наличием или отсутствием боли в нижних конечностях. До 70 % людей хотя бы раз в жизни испытывали такую боль в спине, которая заставила их обратиться к невропатологу, а 19 % из обратившихся были вынуждены прибегнуть к операции из-за отсутствия ощутимого эффекта от консервативной терапии. У 5—10 % пациентов боль в пояснице обусловлена грыжами межпозвонковых дисков и в 43 % случаев сопровождается радикулопатией и ишиасом . Число пациентов, имеющих грыжу межпозвонкового диска, увеличивается во всем мире, в том числе за счет лиц молодого возраста.

Цель настоящего исследования – проведение сравнительного анализа клинической эффективности стандартной микродискэктомии и эндоскопической микродискэктомии при хирургическом лечении пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков.

Материал И Методы Проведено проспективное нерандомизированное исследование 156 пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков оперированных в клинике вертебрылогии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии МЗ РУз на период с 2020 по 2023год. В исследование вошли пациенты в возрасте от 20 до 76 лет имевшие люмбоишиалгию вследствие грыжи поясничной межпозвонковой грыжи. Всем пациентам проводилось комплексное неврологическое и инструментальное обследование, включающее традиционную и функциональную рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника, МСКТ (КТ) и МРТ, а также электронейромиографию (ЭНМГ).

Результаты и их обсуждения Неврологический статус пациентов до операции варьировал по интенсивности корешкового болевого синдрома и давности заболевания. Сразу после операции у большинства пациентов наступил полный регресс корешкового



болевого синдрома, ко всем пациентам были применены одинаковые ограничения активности — ограничение осевых нагрузок и строго обязательное ношение ортопедического поясничного корсета в течение 1 месяца после вмешательства.

Из 92 пациентов эндоскопической группы у 5 (5,4%) отмечен рецидив, что потребовало повторной операции. У 4 (3,4%) пациентов наблюдались длительные боли в течение 1 месяца после выписки, что соответствовало неудовлетворительному результату по шкале Masnub. У 7 (7,6%) пациентов наблюдалась непродолжительная боль тянущего характера в течение не более 1 недели после операции. Еще у 6 (6,5%) пациентов были непродолжительные ощущения, квалифицируемые пациентами как ноющая боль по тому же дерматому, что и до операции, однако регрессировавшие в 1—2-е сутки после операции.

Закключение На основании проведенного исследования можно сказать, что по эффективности эндоскопическая дискэктомия сравнима с микрохирургической техникой. Учитывая, что этот метод по своим техническим характеристикам и возможностям сопоставим с микродискэктомией, эта технология может быть использована для удаления грыж межпозвоночных дисков. В ряде случаев технические возможности метода позволяют проводить декомпрессию нервных структур, что может быть использовано при лечении недискогенных стенозов позвоночного канала.

GIPOTIREOZ KASALLIGIDA KOGNITIV FUNKSIYALAR YETISHMOVCHILIGI RIVOJLANISHINING O'ZIGA XOSLIGI

Nazarova G.T., Vaxobov S.G.
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti
Nevrologiya kafedrası

Mavzu dolzarbligi: Hozirgi kunda gipotireoz qalqonsimon bezning eng ko'p tarqalgan funksional buzilish kasalligi hisoblanadi. Gipotireoz kasalligini dolzarbligi shundaki tireoid gormonlar yetishmovchiligi natijasida hamma organ va sistemalarda yetishmovchiliklar kelib chiqadi. Bu gipotireozning bemor ruhiy va nevrologik statusini o'zgarishiga bevosita bog'liqligini anglatadi.

Tadqiqot maqsadi: Ruhiy holatni baholashning qisqacha shkalasi (Mini Mental State Examination) yordamida birlamchi (tireogen) gipotireoz tashxisi qo'yilgan bemorlarda kognitiv funksiyalar yetishmovchiligini aniqlash va o'ziga xosligini baholash.

Tekshirish materiallari va usullari: 2 oy davomida 30 nafar (100%) 40-55 yosh oraliqidagi autoimmun tireoidit (AIT) fonida rivojlangan birlamchi (tireogen) gipotireoz birinchi marta aniqlangan bemorlarda izlanish olib borildi. Ular orasida 24 nafari ayollar (80 %) 6 nafari erkaklar (20 %). Endokrinologik tashxis kasallik klinik belgilari, qalqonsimon bez UTT si va qon tahlillari (TTG) ga asosan qo'yildi. Gipotireoz kasalligi og'irlik darajasi bo'yicha quyidagicha tasniflanadi: subklinik (yengil kechishi) – klinik simptomatika yo'q, TTG va T4 normada; Manifest (o'rtacha og'irlik) – klinik simptomatika yo'q, TTG va T4 miqdori pasaygan; Asoratlangan (og'ir kechishi) - poliserozit, yurak yetishmovchiligi, kretinizm, miksedomatoz koma, TTG va erkin T4 miqdori kamaygan. Mutaxassis endokrinolog tekshiruvidan so'ng manifest va asoratlangan gipotireoz bilan xastalangan bemorlar tekshiruv guruxiga kiritildi.

Barcha bemorlarni tekshirishda kognitiv buzilishlarni aniqlashda quyidagi tekshiruvlardan foydalanildi: klinik-nevrologik, ruhiy holatni baholashning qisqacha shkalasi (Mini Mental State

Examination). MMSE qisqa so'rovnomasi 30 ta banddan iborat bo'lib, o'rtacha 10 daqiqa vaqt ichida bemorning dastlabki kognitiv funksiyalar yetishmovchiligini aniqlashga yordam beradi. So'rovnoma natijalarini baholash quyidagicha: 29-30 ball – kognitiv buzilishlar aniqlanmadi; 28 ball – yengil kognitiv yetishmovchiliklar; 25-27 ball – namoyon bo'lgan kognitiv buzilishlar; 20-24 ball – yengil demensiya; 10-19 ball – namoyon bo'lgan demensiya; <10 ball – og'ir demensiya.

Tekshiruv natijalari: Tekshiruvlar yakuniga ko'ra barcha bemorlarda turli xil darajada kognitiv buzilishlar aniqlandi. 30 nafar bemordan 12 nafarida (40%) yengil kognitiv buzilishlar, 15 nafarida (50%) yaqqol kognitiv buzilishlar, 3 nafarida (10%) yengil demensiya holati aniqlandi. MMSE shkalasi bo'yicha yengil kognitiv buzilishi bor bemorlar 28 ballga (40%), yaqqol kognitiv buzilishlari bor bemorlar 25-27 ballga (50%), yengil demensiya holati aniqlangan bemorlar 20-24 ballga (10%) baholandi.

Xulosalar: Tekshiruv natijalariga ko'ra barcha bemorlarda turli darajadagi kognitiv yetishmovchiliklar aniqlandi. Gipotireoz kasalligi manifest (o'rtacha og'irlik) dagi bemorlarda yengil kognitiv yetishmovchiliklar (27 ball) aniqlandi. Kasallik asoratlangan (og'ir kechishi) bosqichida namoyon bo'lgan kognitiv buzilishlar (25 ball) aniqlandi. Kasallikka qancha erta tashxis qo'yilsa va adekvat davo to'g'ri olib borilsa shunchalik kognitiv yetishmovchiliklar erta bartaraf etilishiga erishiladi.

ANALYSIS OF ELECTRONEUROMYOGRAPHIC PARAMETERS OF PATIENTS WHO ARE SUFFERING FROM TYPE 2 DIABETES MELLITUS WITH ELEVATED BODY MASS INDEX

Nazarova G.T., Mukarramov Umidjon
Andijan State Medical Institute

Relevance. It is true that, damage to the peripheral part of the nervous system in the syndrome of insulin resistance is associated with the presence of DM. Although scientists provided information the role of obesity in the development of neurological disorders, information about the leading role of increased body mass index remains controversial.

Research Material and Methods. The study was conducted on the basis of the clinic of the Andijan State Medical Institute (I, II and III neurological departments) and the Regional Endocrinological Dispensary. The inclusion criteria for patients in the study were the presence of verified type II DM (DM-2); disease experience of at least 5 years; age from 45 to 65 years; absence of focal brain damage according to MRI; signing of voluntary informed consent to participate in the study. Patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus (DM-2), 8 (40%) men and 12 (60%) women, The first group consisted of 5 (25%) patients who did not have increased body weight (BMI < 25),. The second group included 15 (75%) patients whose body weight was above normal (BMI>25). All patients underwent a standard clinical and neurological examination and EMG exam.

The average temperature of the extremity, recorded using a thermal sensor when assessing nerve conduction, did not differ significantly in all patients. In group I it was 29.31 ± 3.120 C, in group II it was 27.45 ± 1.640 C. Patients of group II showed signs of severe axonal dysfunction, represented by a decrease in the amplitude of sensory and motor responses by more than 50%: the average value of the C-response of the sural nerve, which amounted to 2.37 ± 0.41 mV, was significantly lower than the corresponding indicator of patients in group I - 4.57 ± 2.36 . The amplitude of the motor response, on average, was reduced throughout, to a greater extent in

the distal sections, which indicates axonal damage of the polyneuritic type. In group II, a slowdown in the spread of excitation along the sural nerve was also revealed, and the speed of impulse conduction along the peroneal nerve was reduced.

Result. EMG study revealed the demyelinating nature of the lesion in patients with type 2 diabetes. The nature of the demyelinating process in the subgroups was somewhat different: In a patient with type 2 diabetes and increased BMI, along with signs of diffuse demyelination in the form of a decrease in CRV, an increase in distal and residual latencies, F-wave latency, signs of local demyelination, as well as F-wave prolapses, were revealed, which may indicate the presence of a lesion in the most proximal sections of the nerve fiber. Comparison of CRV and residual latency in a patient with type 2 diabetes and increased BMI revealed statistically significant lower values, which indicates a greater damage to the myelin sheath compared to patients with type 2 diabetes with normal body weight. 2. Signs of the axonal nature of the lesion during stimulation of the nerves of the lower extremities in a patient with type 2 diabetes and increased BMI were detected in 75% of cases, and in patients with type 2 diabetes with normal body weight - in 60% of cases. 3. A patient with type 2 diabetes and elevated BMI also showed statistically significantly lower M-response amplitudes compared to patients with type 2 diabetes with normal body weight.

АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ И СВЯЗЬ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

О.Я.Бустанов

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Рецидивирующие инсульты приводят к развитию мультиинфарктной деменции. Именно склонность к инсультам (артериальным) выделяет и дифференцирует АФС от других менее опасных гиперкоагуляционных синдромов, таких как мутация фактора V Лейдена.

В связи этим перед нами была поставлена **цель** – рассмотреть наиболее частые неврологические нарушения при АФС на фоне ревматологических заболеваний и пути их коррекции.

Материал и методы исследования: В настоящей работе представлены результаты обследования 256 больных различными формами ревматических заболеваний (n=256): системной красной волчанкой (СКВ) - 35 человек, системной склеродермией (ССД) - 13 человек, системным васкулитом (СВ) - 1 человек, ревматоидным артритом (РА) - 205 человек, синдромом Рейно (СР) - 1 человек, ревматической болезнью сердца (РБс) - 1 человек. Всем больным были проведены исследования: УЗДГ магистральных сосудов, МРТ головного мозга и иммунологические исследования для определения наличия антифосфолипидного синдрома.

Результаты и обсуждение: Проведенные исследования показали, что все больные с ревматологическими заболеваниями и проявлениями АФС отмечали наличие различных неврологических нарушений от субъективных в виде цефалгического и астенического синдромов (74,2% и 31,4% соответственно) до органических поражений – признаков хронической ишемии мозга с когнитивными изменениями (43,5%). Причем неврологические проявления коррелируют с длительностью и течением



ревматологического процесса. Иммунологические исследования выявили достоверные изменения в группе больных АФС. Полученные результаты демонстрируют картину динамических изменений в концентрации аутоантител в связи с развитием системных заболеваний соединительной ткани. Длительность заболевания у большинства пациентов привело к стабилизации уровней аутоантител класса IgG в границах референсных значений (кроме больных системной красной волчанкой), тогда как прогрессирование патологических процессов индуцирует синтез более значительного количества аутоантител IgM класса, что показывают значительно возросшие концентрации этих антител к кардиолипину.

Вывод: Таким образом, при ревматологических заболеваниях развитие неврологических нарушений, чаще выявляется у больных с проявлениями АФС. В частности неврологические нарушения представлены астеническим, вертебральным синдромами и цереброваскулярной патологией, а именно симптомами дисциркуляторной энцефалопатии I и II стадии.

Резюмируя можно сказать, что увеличение длительности РЗ характеризовалось нарастанием неврологических нарушений: отмечалось прогрессивное нарастание признаков дисциркуляторной энцефалопатии в виде усиления мнестических расстройств, головокружения, головной боли, нарушения сна. Впервые годы болезни (2-5 лет от клинической манифестации) и её отдаленные сроки (более 10 лет) чаще развивались ПНМК и инсульты. Снижение с течением времени частоты НПНМК указывает на уменьшение легких форм цереброваскулярной патологии, что косвенно свидетельствует о прогрессировании последней.

НЕЙРОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ «COVID-19» И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ.

С.А.Касымова

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность: Пандемия коронавирусной инфекции, повлияла на многие системы организма и характеризовалась не только тяжелым течением заболевания, но и многочисленными осложнениями. Последствия перенесенного COVID-19 т были самыми разными — больные жаловались и на отсутствие обоняния, на выпадение волос, слабость, затруднённое дыхание, одышку и т.д. Но отдельной группой были проблемы с нервной системой, в частности, депрессии. С начала пандемии COVID-19 наблюдался рост депрессивных расстройств. В одном из метаанализов показано семикратное увеличение (с 3,44 до 25%) в 2021 г. общей распространенности депрессии по сравнению с 2017 г. Результаты другого метаанализа продемонстрировали, что общая распространенность депрессии у пациентов с COVID-19 составляет 45% случаев, тревоги — 47%, а нарушений сна — 34%.

Материалы и методы исследования: нами было обследовано 50 амбулаторных больных, перенесших COVID-19. У всех больных заболевание было подтверждено лабораторными исследованиями ПЦР. Из них 27 больных перенесли ковид в тяжёлой форме, лечились стационарно, 15 больных – в среднетяжёлой форме - лечились стационарно, у 8 больных в лёгкой форме-лечились амбулаторно. Основными жалобами всех больных были одышка, общая слабость, отсутствие аппетита, потеря обоняния,



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



бессоница, чувство тревоги, апатия, плаксивость, сухой кашель. На фоне многообразия симптомов чувство тревоги, страха смерти, апатия, потеря смысла жизни, плаксивость были наиболее выраженными. Переболевшие боялись заразиться повторно, переживали за своих близких. Больные стали замечать, что стали воспринимать всё близко к сердцу, ощущали неуверенность в завтрашнем дне. Из-за постоянного страха и беспокойства больные отмечали снижение качества жизни. Для точной диагностики степени выраженности тревоги и депрессии всем больным был проведён тест Спилберга Ханина. Тест определяет уровень тревожности исходя из шкалы самооценки.

Результаты исследования: Наши исследования показали, что у 32 больных тест показал 46 баллов, что означает высокая тревожность, у 7-ми больных тест показал 43 балла, что означает средняя тревожность и у 1-го больного тест показал 28 балла, что означает низкая тревожность. Кроме этого тест показал, что личностная тревожность превалировала над ситуативной тревожностью. Всем больным, независимо от степени выраженности тревоги был рекомендован препарат Феварин 50мг, по одной капсуле вечером течение 7 дней, затем 100мг 1 таб вечером в течение месяца. Эффективность препарата оценивалась на 15 день от начала приёма.

На фоне приёма препарата больные отмечали регресс таких симптомов, как плаксивость, чувство тревоги, страха смерти, апатия, улучшение качества сна. Отмечали некоторое улучшение настроения, появление интереса к чтению книг, просмотра видеофильмов.

Выводы: одним из неизбежных осложнений «COVID-19» является постковидная депрессия, которую необходимо вовремя распознать и пролечить, так как нелеченная депрессия может повысить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Приём антидепрессантов является необходимым условием в лечении постковидной депрессии

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА

С.А.Касимова

Анджанский Государственный Медицинский институт

Демиелинизирующие заболевания – это группа заболеваний, при котором происходит повреждение миелиновых оболочек проводящих путей в головном и спинном мозге. Одним из этой группы заболеваний, является боковой амиотрофический склероз (БАС) или болезнь Шарко – хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, характеризующееся системным поражением мотонейронов спинного и головного мозга, с неблагоприятным прогнозом, значительным ограничением жизнедеятельности и нарушением трудоспособности уже на ранней стадии. Выделяют несколько форм болезни: высокая (церебральная, бульбарная, шейно-грудная, пояснично-крестцовая). Но независимо от форм клиника протекает со смешанными параличами. В дебюте заболевания выявляются симптомы периферического паралича, затем на фоне их появляются симптомы центрального паралича. В связи с нетипичным началом, диагностика БАС на начальных этапах является затруднительной.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находились 10 больных с диагнозом БАС, в возрасте от 48 до 53 лет. Из них у четырёх больных диагностирована церебральная форма, у двоих больных – бульбарная форма, у четверых – шейно-грудная форма. Троем больным первично был поставлен диагноз «Плексит», двое



больных в дебюте заболевания лечились у эндокринолога с диагнозом «Гипотиреоз», остальные с начала заболевания был выставлен диагноз БАС. Основными жалобами больных были: осиплость голоса, поперхивание при проглатывании пищи, затруднение речи, слабость, похудание в конечностях, При исследовании неврологического статуса у больных было выявлено: бульбарный синдром (дисфония, дисфагия, гипотрофии мышц языка, поддёргивания мышц языка), на фоне периферического тетрапареза, фибриллярные поддёргивания мышц конечностей, оживление сухожильных рефлексов, наличие патологических рефлексов. Чувствительность сохранена. Нарушения функций тазовых органов не нарушена. Всем больным было проведено МРТ исследование, где не было выявлено органических поражений. Больные с бульбарной формой проконсультированы ЛОР врачом. Лабораторные исследования патологии не выявили.

Выводы: В настоящее время не существуют исследований, позволяющих достоверно поставить диагноз БАС. Диагноз ставится только после исключения всех других заболеваний. Обследование больного с подозрением на БАС, помимо неврологического осмотра, должны включать МРТ исследование головного и спинного мозга. Диагностика заболевания должна проводиться только неврологом, поскольку существует большое количество заболеваний, способных «имитировать» БАС.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИЙ ГИПОФИЗА

С.Т.Худайбердиев

Ассистент кафедры патологической анатомии и судебной медицины

Нарушения нормальной деятельности гипофиза могут выражаться повышением (гиперпитуитаризм) или ослаблением (гипопитуитаризм) его отдельных функций, реже в полном их выпадении. Повышение внутренней секреции гипофиза проявляется расстройствами роста и развития в детском возрасте — гигантизмом, у взрослых — акромегалие. Ослабление или выпадение функций гипофиза в детском возрасте приводит к задержке роста (карликовый рост), психического развития, инфантилизму, атрофии щитовидной железы и коры надпочечников, глубоким изменениям углеводного и жирового обмена, понижению окислительных процессов и др; у взрослых — к ожирению, прекращению полового цикла, атрофии щитовидной, половых желёз и коры надпочечников и др. В механизме развития ряда гипофизарных заболеваний (Иценко — Кушинга болезнь, диабет несахарный, преждевременное половое созревание и др.) решающее значение имеют первичные нарушения деятельности гипоталамуса.

Ненормальное функционирование гипофиза влияет не только на количество каждого гормона, секретиремого гипофизом, но также влияет на органы, контролируемые гипофизом. В детстве проблемы с гипофизом часто распознаются по их влиянию на физические параметры (рост, вес и половое развитие), воздействие может выражаться как в снижении, так и в увеличении скорости роста и развития. Эти проблемы обычно сопровождаются изменением уровня и характера кривых выделения гипофизарных гормонов, которые часто приводят к нарушению функций щитовидной железы, надпочечников, половых гормонов.

Понижение функции гипофиза (гипопитуитаризм) выражается в снижении секреции одного или нескольких гормонов гипофиза. Это может происходить в любом возрасте, но наиболее часто начинается в первые годы жизни, преимущественно как результат



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



нарушения в эмбриональном или послеродовом развитии. Мальчики поражаются чаще, чем девочки.

Характерно, что ребенок с понижением функции гипофиза выглядит моложе своего возраста. Замедление роста приводит к маленькому росту, а внешне ребенок излишне полный, с избыточным жировым слоем и отставанием в развитии мышц для данного возраста. Родители могут заподозрить нарушения роста, если ребенок кажется необычно маленьким или большим для своего возраста. Изменения в скорости роста тем не менее более значительны. Гипопитуитаризм можно заподозрить, если ребенок растет меньше чем на 5 см в год в возрасте после 3 лет. Кроме того, часто уменьшено количество пигментных клеток в коже, и загар не пристает к коже ребенка. Прорезывание зубов замедлено. Ребенок может достигать созревания позже, или созревание может не наступить совсем; уровень роста взрослых не достигается, пока ребенок не получит соответствующего лечения.

Гипопитуитаризм вызывается нарушением функции или гипоталамуса и гипофиза, или нарушением функции одного гипофиза. Нарушение функций органа наблюдается, если ребенок рождается со структурными дефектами органа, такими как отсутствие или ненормально маленький гипофиз или гипоталамус. Гипофизарные проблемы могут быть также результатом структурного повреждения органа, вызванного травмой головы, полученной до, во время или после рождения. Недостаточное снабжение кислородом мозга, происходящее из-за плохой циркуляции крови, может вызвать недостаточное функционирование органа, может также развиваться опухоль или тяжелое заболевание, такое как менингит (воспаление защитной оболочки, покрывающей головной или спинной мозг).

Избыток продукции гипофизарных гормонов. Это состояние является результатом развития опухоли гипофиза, которая обычно продуцирует только один из гипофизарных гормонов (например, пролактин, ГР или АКТГ). Кроме того, может быть стимуляция гормона полового развития.

Увеличение продукции ГР замечается при ненормально быстром росте в раннем детстве (гигантизм) и избыточном росте определенных тканей. Дети с этим поражением могут иметь ожирение и слабое развитие мускулатуры. Половое развитие может происходить с нормальной скоростью, а может быть замедлено. Повышенная продукция ГР во взрослом возрасте приводит к акромегалии — состоянию, отмеченному огрублением кожи и черт лица, выдвиганием вперед одной или двух челюстей и развитием горба на спине.

Даже при лечении дети с избытком ГР могут стать ненормально высокими. Если их лечить, то эти дети могут нормально развиваться сексуально до тех пор, пока гонадотропины (гормоны, которые способствуют половому развитию и созреванию) продуцируются нормально. Избыток продукции гормона гипофиза, пролактина, также вызывает замедление в половом созревании или потерю сексуальной функции, если развитие уже произошло. Когда при соответствующем лечении уровень пролактина снижается, восстанавливается половое развитие и функция.



НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПЕРЕДНЕЙ ДОЛИ ГИПОФИЗА

С.Т.Худайбердиев

Ассистент кафедры патологической анатомии и судебной медицины

Дефекты передней доли гипофиза в периоде новорожденности, как правило, клинически диагностировать трудно, но в ряде случаев можно выявить характерные признаки в виде синдрома микропениса, нефизиологической гипогликемии, холестатической желтухи. Микропенис (длина полового члена менее 2.5 см), как правило, обусловлен недостаточностью гонадотропных гормонов (ГТГ). Гипогликемический синдром может протекать тяжело и клинически не отличим от гиперинсулинизма, к тому же отмечается явный положительный эффект при введении глюкагона. Холестатическая желтуха начинается как не-конъюгированная, а затем становится преимущественно конъюгированной и проходит только после назначения соответствующей заместительной гормональной терапии.

Недостаточность передней доли гипофиза может быть изолированной (дефицит одного гормона) или мультигормональной. Причиной мультигормональной недостаточности могут быть различные генетические дефекты так называемых транскрипционных факторов – Pit-1, Prop-1 и P-Lim, что вначале было доказано на различных линиях мышей с генетически детерминированными дефектами гипоталамо-гипофизарной системы. [130] У человека дефект Pit-1 вызывает гипоплазию гипофиза и недостаточность СТГ, ТТГ и пролактина, при этом Prop-1 необходим для экспрессии Pit-1 и его дефект имеет сходные клинические проявления. P-Lim ассоциируется с недостаточной продукцией всех тропных гормонов передней доли гипофиза, за исключением АКТГ, сочетающейся с колоболом сетчатки. Идентифицированы ещё два транскрипционных фактора, регулирующих развитие гипофиза, но ни у животных, ни у человека не описано синдромов, обусловленных их недостаточностью.

Недостаточность СТГ (гормона роста), как правило, не сопровождается внутриутробной задержкой роста, т.к. рост плода определяется в основном материнскими факторами – питанием, состоянием здоровья, функцией плаценты, перенесёнными во время беременности болезнями и приемом препаратов. Предполагают, что и в раннем постнатальном периоде рост новорождённого и ребёнка грудного возраста в основном регулируется тиреоидными гормонами, инсулином и состоянием питания, поэтому клинические проявления СТГ-недостаточности в виде отставания в росте не выявляются в первые 6-9 месяцев после рождения. При аутосомно-доминантном варианте семейной СТГ-недостаточности характерна выраженная низкорослость у родственников [105].

Дефицит ТТГ приводит к развитию вторичного гипотиреоза, который, как правило, не имеет явной клинической симптоматики, но при значительном снижении его секреции выявляются классические клинические признаки, как и при тяжёлом первичном гипотиреозе, обусловленном патологией самой щитовидной железы.

Недостаточность ГТГ (гонадотропных гормонов ЛГ и ФСГ) у мальчиков нередко проявляется синдромом микропениса. У новорождённых девочек каких-либо клинических признаков ГТГ-недостаточности нет.

Сниженная продукция АКТГ редко сопровождается развивающимися на 2-3 сутки после рождения признаками надпочечникового криза, только в случае тяжелого дефицита этого гормона [68, 131]. Чаще выявляется гипогликемический синдром в виде низких



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



показателей глюкозы крови натощак при отсутствии явных клинических признаков гипогликемии или характерна гипонатриемия без гиперкалиемии. Иногда возможно развитие холестатической (конъюгированной) желтухи, поэтому все новорождённые с затагнувшейся желтухой должны быть обследованы для исключения АКГГ-недостаточности. Описаны случаи изолированной АКГГ-недостаточности, но чаще она сочетается с дефицитом и других тропных гормонов. В случае сочетанной недостаточности АКГГ и СТГ гипогликемический синдром протекает особенно тяжело и клинически не отличим от гиперинсулинизма. Задержка роста, обусловленная дефицитом СТГ. Абсолютный или относительный дефицит СТГ приводит к снижению продукции ИФР-I и является одной из самых распространенных причин задержки роста у детей. Хотя дефицит СТГ встречается сравнительно редко (1 случай на 10 000—20 000 детей), он выявляется примерно у 10% детей с выраженной низкорослостью, обращающихся в педиатрические эндокринологические учреждения. Низкорослость, обусловленная дефицитом СТГ, хорошо поддается лечению.

Задержка роста, обусловленная резистентностью к СТГ или нарушениями метаболизма СТГ. Карликовость Ларона (синдром резистентности к СТГ). Заболевание обусловлено дефектами гена рецептора СТГ или (реже) дефектами гена СТГ, поэтому даже при повышенном уровне СТГ его действие на клетки-мишени резко ослаблено. Обычно наблюдается значительное уменьшение скорости роста и снижение уровней СТГ-связывающего белка, ИФР-I и ИФР-связывающего белка типа 3. Клиническая картина определяется масштабом генетического дефекта. Классическая (полная) форма этого синдрома встречается исключительно редко, преобладают частичные формы. Лечение соматропином, как правило, безуспешно. Предполагают, что для лечения можно использовать ИФР-I.

Задержка роста, обусловленная дефицитом ТТГ. В редких случаях задержка роста может быть вызвана изолированным дефицитом ТТГ, приводящим к недостаточной секреции Т3 и Т4. Гораздо чаще дефицит ТТГ сочетается с дефицитом СТГ.

Задержка роста, обусловленная нарушениями секреции АКГГ. Описаны случаи изолированного дефицита АКГГ, однако задержку роста нельзя отнести к основным проявлениям этого синдрома. Несмотря на то, что при дефиците АКГГ уровень кортизола снижен, его достаточно для нормального роста клеток. Напротив, избыток АКГГ (при гипофизарном синдроме Кушинга) обуславливает повышенную секрецию кортизола, что приводит к задержке роста.

CLINICAL LINGUISTICS AS A BRANCH OF LINGUISTICS

Laziza S.Kh

Candidate of Philological Sciences, Associate Professor
The Department of Foreign Languages
Andijan State Medical Institute

Clinical linguistics is the application of linguistic concepts, theories, and methods to the study of language disorders. These disorders can result from impairment or breakdown in, one or more of the following language components: prosody, phonology, morphology, syntax, semantics, pragmatics, and discourse. Some language disorders have their onset in the developmental period known as developmental language disorder, while others occur for the



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



first time in late childhood and adulthood. In science it is known as acquired language disorder. Language disorders can compromise the reception or understanding of language and its expression or production, with impairments possible across a range of modalities including spoken, written, and signed language. This branch of linguistics is inextricably linked to speech-language pathology (also known as speech and language therapy in United Kingdom), the clinical discipline responsible for the assessment, diagnosis, and treatment of clients with a range of communication disorders. However, clinical linguistics is nonetheless a distinct linguistic discipline that is not in any way subsumed by speech-language pathology. In addition to having a detailed knowledge of linguistic disciplines, the speech-language pathologist must understand a range of medical conditions and their likely impact on language skills in children and adults.

As to Crystal, Clinical linguistics is the application process of theoretical and descriptive linguistics to speech and language disorders and remediation [9.1]. Crystal defined it as the application of theories, methods and findings of linguistics taking the phonetics into consideration to the study of those situations where language handicaps are diagnosed and treated. In other words, clinical linguistics is seen as an applied discipline which is only ultimately justified if it can be shown to contribute to the remedial progress. The applications of linguistics to other activities serving particular purposes in the world are collectively known as applied linguistics. Clinical linguistics is a branch of applied linguistics [11,56].

The relationship between linguistic theory and description and practical clinical concerns are mutually influential. Any clinical linguistic analysis of clinical data will invariably raise issues that have potential theoretical implications for language in general.

The central focus of Clinical Linguistics is the application of principles and methods of linguistics and phonetics to communication impairment to children and adults.

Clinical linguistics plays a key role in the description, analysis and remediation of communication impairment. The study of linguistic aspects of communication development and disorder is also of relevance to linguistic theory and our understanding of language more generally.

Crystal and Grunwell gave a strong argument in 1984 and 1985 to the sphere of careful and systematic description of the client's communication behavior provides a means of assessing that behavior in relation to linguistic and developmental areas. According to their suggestion clinical linguistic analysis can reveal the systematic and communicative status of the client's linguistic patterns in their own, regardless of considerations of target norms. They further suggest that the descriptive and analytical processes should aid differential diagnosis and categorization of the client's behaviors taking the different identifiable types of linguistic deficit and disorder into consideration.

According to Jacobson, who is believed to be the pathology of languages, far from being a random disturbance, obeys a set of rules which are the rules of underlying the regression of language cannot be elicited without the consistent use of linguistic techniques and methodology. An explicit knowledge of the nature of languages, its grammar and its functioning would be helpful in providing adequate therapies to individuals who are suffering from various kinds of language disorders. The damage to the brain due to an accident or stroke can lead to partial or complete loss of the ability to use of language. When the loss is partial, the aspect of language that gets affected might differ from one person to another person. Linguistic analysis helps to find out which component of the language is affected.



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



For a significant number of children and adults, speech and language skills are disordered to such an extent that they pose a significant barrier to effective communication. The Royal College of Speech and Language Therapists estimates that 2.5 million people in the UK have a communication disorder. Of this number, some 800,000 people have a disorder that is so severe that it is hard for anyone outside their immediate families to understand them. In the US, the National Institute on Deafness and Other Communication Disorders estimates that one in every six Americans has some form of communication disorder. These large figures convey something of the extent of the burden of communication disorders on society as a whole. They should not, however, serve to distract from the personal impact of these disorders, an impact that is most often experienced as reduced quality of life as well as educational and occupational disadvantage. The clinicians and researchers who study, assess and treat communication disorders do so from within a branch of linguistics called 'clinical linguistics'. This is a broad area of academic and clinical investigation that overlaps with medical and other fields of study (e.g. neurology, psychology) and that demands a sound understanding of language at all of its levels. In this chapter, you will be introduced to some of the disorders that are examined by clinical linguists. You will encounter new terminology – much of it linguistic in nature, but some of it from other disciplines – that is used to characterise these disorders and their impact upon communication. A number of communication disorders will be examined in detail to give you a sense of how they manifest in the children and adults who develop them. These disorders have been chosen in order to represent the main clinical areas of speech, language, hearing and voice (a further area of clinical work, swallowing disorders, will not be considered in this chapter). By the end of the chapter, you should be able to identify and describe some of the many disorders that can affect human communication across the lifespan. But first, it is necessary to examine the different ways in which human communication can be disrupted.

NEURO-LINGUISTIC PROGRAMMING (NLP) AND ITS IMPLICATIONS FOR ENGLISH LANGUAGE LEARNERS

Laziza S.Kh

**Candidate of Philological Sciences, Associate Professor
The Department of Foreign Languages
Andijan State Medical Institute**

Neuro-linguistic programming is a new field, concerned with people's patterns of behavior and communication. Patterns include not only observable actions in the world but also the thinking processes and the organization of people's states-of-mind as well as their emotions and how well all senses are used to reach a point of attention or concentration. Since its focus is on creating models of human's excellence, many applications of NLP have been developed. Moreover, NLP diffusion across the globe has been highly documented where leaders and consultants in businesses have turned to the creative and innovative aspects of NLP for inspiration in organizational development, total quality management, team building and strategic planning. However, although there is a strong body of knowledge documenting NLP across the western hemisphere, much less known about the Arab world in this respect. The aim of this paper is twofold: to assess NLP patterns and behaviors as practiced by a sample of UAE employees and managed in order to shed light on current practices in the UAE workplace and



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



to assess the impact of NLP on respondent's behavior and its consequences on the organizations' objectives. Accordingly, a quantitative analysis is applied using a survey questionnaire. Employees and managers from different areas and work environments constitute the sample population. Outcomes of the research are expected to define the workplace environment by defining the dynamics of UAE employees and managers that are believed to play a significant role in contributing to the assessment of the organization's health.

Neuro-linguistic programming (NLP) is concerned with how top people in different fields obtain outstanding results, and how their successful thinking patterns and behavior can be copied. It is concerned with what happening when people think, and the effect of their thinking on their behavior, and the behavior of others. NLP teaches how to communicate, inwardly and outwardly, in a way that can make a difference between mediocrity and excellence, between just existing and really living. NLP is both an art and a science of personal excellence. It is an art, because the way that one thinks and acts is unique to each person, and any description - especially of feelings, attitudes and beliefs - is bound to be highly subjective. It is also a science because it incorporates well researched methods that can be used to identify the patterns of successful behavior.

Being an energizing science, NLP is now applied in different areas in the world, namely the major three continents: Britain, America and Australia. NLP was looked at to be one way to treat people with disorders, phobias or other mental problems, but eventually it developed to be a science that is applied in different areas, starting with someone's personal life and reaching the corporate life of any organization. Based on that, and considering the progressive UAE business market, this research will provide a general overview of the NLP concept and practices, while shedding light on the current status of NLP awareness in the UAE area, taking Dubai as the main area of research as it mainly includes the largest number of internationally known companies and corporations, in addition to the workforce formed of foreigners from different continents.

Neuro-linguistic programming is believed to be an influential tool that affects the personal and educational life of the learners. It has the potential to improve the quality, develop positive attitudes, provide support to resolve the psychological complications, help to make better decisions, establish effective communication, and foster language learning. As it is emphasized by Garca Tamayo, language learners can use NLP as a psychotherapeutic technique to improve their performance and take a step towards achievement. One of the main implications of neuro-linguistic programming is its assistance in the field of English language learning.

Neuro-linguistic programming is based on neurology and communication. It is based on the view that human beings have different learning styles and perceptual preferences which should be taken into account by language teachers. In the process of language learning, learners use their five senses which are called representational systems. They include auditory (for listening or hearing something), visual (for looking and seeing), olfactory (for smelling), gustatory (for tasting), and kinesthetic (to feel internally and externally). One of the responsibilities of NLP teacher is recognizing these features and deciding on optimal teaching solutions.

Many scientists and linguists worked and still working in this field of language and there are many successful achievements. For example, Albert Mehrabian, professor Emeritus of Psychology at the University of California, Los Angeles is best known for his publications on the relative importance of verbal and nonverbal messages. His findings on inconsistent messages of



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



feelings and attitudes “the 7%-38%-55% Rule” are well-known which are the percentages relating to relative impact of words, tone of voice and body language while speaking. According to Albert Mehrabian’s communication model “7-38-55”, only 7% of communication takes place through the words. 38% is made up by tone and voice and 55% of communication takes place through the body language we use. His work was mainly focused on simplification of our communication and he claimed that it is extremely easy with paralinguistic features [1, 8]. As an example, with the help of **kinesics** - body language, **haptics** - touch, **proxemics** - space distancing, **paralanguage** - vocalic, **sign language** - audio/visual and **chronemics** it is super easy to have the conversation we want. Actually, we very often use them in our daily speech but do not pay special attention. In most cases, while talking with someone we do some actions unintentionally and never recognize it. Yet the people looking at us and listening understand it automatically. This is the paralanguage.

Theoretically, the pitch of the voice often sends vital information and it is also considered as paralinguistic feature. According to psychology, speaking very slowly means being excited, speaking loud sends information about tiredness, quick speech symbolizes the feeling of nervous, speaking very slowly and carefully means fright and speaking hesitantly means you are angry. All the mentioned are *vocal paralinguistic features*. The actions such as smiling, rising our eyebrows, frowning are also forms of information and are called *body paralinguistic features*. Crossing out arms, scratching our hands (indicates confusion or lack of understanding) are types of *gestures*.

It is important to mention that 93 percent of communication’s effectiveness is determined by body language. Because non-verbal messages communicate with the help of emotions and it is hard to hide and consciously control them. So they are accurate indicators of how people feel.



СОДЕРЖАНИЕ

ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ В СИМУЛЯЦИОННЫХ ТРЕНИНГОВЫХ ЦЕНТРАХ ПО МЕТОДУ «СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ» Абдуллаева .М.Э.	3
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С SARS-Cov2 Абдиримова А.Д.	4
ПЕРВИЧНЫЙ МИОКАРДИТ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА Юсупова М.М., Солиев А., Абдубоситов А.	5
ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID 19 НА РАЗВИТИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ Абдубоситов А.А.	7
МИОРЕКСАНТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЙ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х.	9
ПРОФИЛАКТИКА ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТАХ У ДЕТЕЙ Абдувалиева Ч.М., Халилов Ш.К., Усмонов Ш.М., Косимов О.З., Исроилов Ш.Ш., Акбаралиев А.А.	10
НАБЛЮДАЕМЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ Абдувалиева Ч.М., Усманов Ш.М., Исраилов Ш.Ш., Абдулазизов Ж.Г., Халилов Ш.К., Назиров Н.В.	11
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕВОЧЕК. Абдувалиева Ч.М, Кадиров К.З., Усмонов Ш.М., Абдулазизов Ж.Г., Исраилов Ш.Ш., Юлдашев У.О.	11
ФИЗИЧЕСКАЯ МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ У БЕРЕМЕННЫХ Абдукаххарова С.К.	12
СУДОРОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ Абдукодирова З.Б., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К.	14
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ: ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗЕЙ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ Абдукодирова З.Б., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К.	15



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ Абдуллаев Д.Б., Кузиев Д.В., Ганиев А.Г.	16
СЛОЖНОСТЬ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНЫХ КЛАПАНОВ Назарова Г.У., Абдуллаев Ж.У.	18
МЕТОДЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТАХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ Абдуллаева Д.А.	19
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ ПРИ СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ДЕТЕЙ Абдуллаева Д.А.	21
ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ СТРАДАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ Абдуллаева М.А.	22
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИМУЛЯЦИОННОГО ТРЕНИНГА НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ М.Э.Абдуллаева	24
ГЕАНГИОМЫ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ Абдуллаева Н.Ж.	25
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Абдуллаева Н.Ж.	26
ОЦЕНКА КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ Абдуллажанов Б.Р., Юсупов Ж.К.	27
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОЙ КОМПОЗИТНОЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ПЛЕНКИ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ Абдуллажанов Б.Р., Бабаджанов А.Х., Кучкаров М.Ю.	29
ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОЙ КОМПОЗИТНОЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ПЛЕНКИ В ХИРУРГИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ Абдуллажанов Б.Р., Бабаджанов А.Х., Хаялиев Р.Я., Кучкаров М.Ю.	31
ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОМЕТРИИ НАРУЖНОГО УХА И ЕЕ РОЛЬ В СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ Абдулхакимов А.Р., Мамасаидов Ж.Т., Фаттахов Н.Х.	34



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



НАРУШЕНИЕ АДАПТАЦИИ КАК ФАКТОР РИСКА СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Абдумухтарова М.З., Арзикулов А.Ш.	35
ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В МАРХАМАТСКОМ РАЙОНЕ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ Абдуразакова Д.С., Юсупова Ш.К., Сайфуддинов Д.С., Зокирова Д.Д.	37
ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПОТИРЕОЗА И ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ Абдуразакова Д.С., Умурзакова Р.З., Закиржанова Х.М.	40
НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У ЖЕНЩИН С ГИПОТИРЕОЗОМ Абдуразакова Д.С.	42
МЕХАНИЗМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ COVID-19 Абдурахимов А.Х., Шагазатова Б.Х.	44
КИМ-1 КАК РАННИЙ МАРКЕР ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ COVID-19 Абдурахимов А.Х., Шагазатова Б.Х.	46
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Абдурахимов А.Х., Шагазатова Б.Х.	47
СОСУДИСТО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РОСТА – МАРКЕР ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК Абдурахимов А.Х., Шагазатова Б.Х.	48
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО НЕЙТРОФИЛЬНО ЛИМФОЦИТАРНОМУ ИНДЕКСУ Абдурахманов М.М., Ярашев А.Р., Эшонов О.Ш., Шомуродов Х.Ш.	50
ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗНЫХ ФОРМ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА Абдурахманов М.М., Хасанова Н.М.	52
ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СУБКЛИНИЧЕСКОЙ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Абдурахманов М.М., Джураева Н.О.,	53



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.	54
Абдурашидов Ф.Ш., Таджибаев Ш.А., Азизов Д.Т.	
КОМПЬЮТЕРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ДОСТУПОВ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ – ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ИНТРА - И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.	57
Абдурашидов Ф.Ш., Таджибаев Ш.А., Азизов Д.Т.	
К ПРОБЛЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПОВТОРНО ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА.	58
Абдурашидов Ф.Ш., Таджибаев Ш.А., Азизов Д.Т.	
СЕССИЯ И БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СТУДЕНТОВ	60
Абеуова Б.А., Файбулла Н., Жасузакова А.	
РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ	61
Абзалова М.Я., Сайфутдинова М.Г., Юлдашев Т.А. Худанов Б.О.	
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ДИПСАКОЗИДА ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ	63
Аблакимов Н.К.	
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЛИЯНИЯ ДИПСАКОЗИДА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ	64
Аблакимов Н.К.	
ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ	66
Аграновский М.Л., Усманова М.Б., Маликова А.Э., Солиев Д.М.	
КЛИНИКО-КАТАМНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕТСКОГО АУТИЗМА	67
Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К., Маликова А.Э., Муминов Р.К.	
КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПАТОМОРФОЗ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ	68
Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Маликова А.Э., Сарбаева Н.К.	
КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	69
Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К., Муминов Р.К., Маликова А.Э.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К., Муминов Р.К., Маликова А.Э.	70
ОСОБЕННОСТИ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИНАМИКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА Аграновский М.Л., Мирзаев А.А., Маликова А.Э., Муминов Р.К.	71
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ Аграновский М.Л., Джураев Н.Н., Усманова. М.Б.	73
СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ СУИЦИДОВ. Аграновский М.Л., Джураев Н.Н., Усманова. М.Б.	74
СУИЦИДЫ И АЛКОГОЛИЗМ Аграновский М.Л., Джураев Н.Н., Усманова. М.Б.	76
ТАБАЧНЫЙ ЗАВИСИМОСТЬ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА Аграновский М.Л., Усманова. М.Б.	77
ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ГИПЕРТОНИИ. Аграновский М.Л., Усманова. М.Б.	78
ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ Аграновский М.Л., Джураев Н.Н., Усманова. М.Б.	79
ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА Адилова Г.Р.	80
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПТОГЕННОГО ОЧАГА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ Адилова Г.Р.	82
ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ Адихамжонов Ш.Б.	84
ВОПРОСЫ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ Адихамжонов Ш.Б.	85
РОЛЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНЫХ БЕТА-БЛОКАТОРОВ В НЕЙРОАНЕСТЕЗИОЛОГИИ Адихамжонов Ш.Б.	87



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАН С УЧЕТОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ УЧАСТИЯ ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ Азизов Д.Т., К.К.Мирзаев., Ш.А.Тожибоев	89
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ В ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАНАХ Азизов Д.Т., К.К.Мирзаев., Ш.А.Тожибоев	90
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ Азизова Н. Д., Зокиров Б. К., Шамсиев Ф. М.	92
БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ И ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА Азизова Н. Д., Шамсиев Ф. М., Туракулова Х.Э.	94
ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ Азимова Г.А., Аграновский М.Л., Каримов А.Х., Муминов Р.К.	95
ЧАСТОТА ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КРИТИЧЕСКИХ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ С НАРУШЕННЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМАМ. Азимова Г.М., Ибрагимова М.С	97
ФАКТОРЫ РИСКА И ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРОВООХРАНЕНИЯ В ПЕРИОД ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID – 19. Азимова Н.З., Мусаджанова Л.Х., Абдуллаева Д.Т.	99
СЕМЕЙНЫЕ СЛУЧАИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И МЕРЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ. Акбаров Н.А., Юлдашев М.А.	100
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ Акбарова Г.Х., Бойкузиева М.Б, Содикова Д.Т.	101
ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Акбарова Г.Х., Усмонова Я.Г., Рахматова М.М.	103
НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Акбарова Г.Х., Назарова Г.У., Абдуллаев Ж.У.	104
ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА. Акбарова М.А. Ибрагимова М.С.	104



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО НОЧНОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Акбарова Р.М.,	105
НОВЫЙ СПОСОБ РЕКТОПЕКСИИ ПРИ ВЫПАДЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ Акилов Х.А., Рустамов А.Э.	107
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ. Акилов Х.А., Абдувалиева Ч.М., Примов Ф.З., Косимов З.Н., Аллаев М.Я., Кадиров К.З..	109
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОГО СПОСОБА РЕКТОПЕКСИИ С РЕЗЕКЦИЕЙ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ Акилов Х.А., Рустамов А.Э.	110
ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ Алибеков Ш.О., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Максумова Д.К.	112
ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА Алибоев М.Р.	113
НЕКОТОРЫЕ РАЗМЕРНО-КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОСЛЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ ОБЩЕГО ПЕЧЕНОЧНОГО ПРОТОКА Алиева Н.Г.	115
ЛЕКАРСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК Алиева П.Р	117
ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПОТРОФИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Алиева П.Р.	118
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ. Аллаев М.Я., Абдувалиева Ч.М., Кадиров К.З., Халилов Ш.К.	119
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ КОМПЛЕКСОВ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Аманов К., Аманова Г.К., Махпиева Г.	121
РОЛЬ МИКРОНУТРИЕНТОВ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ. Аманов К., Аманова Г.К	123



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА	124
Амирова В.Р., Ахмадеева Э.Н., Грешилов А.А., Шолохова А.В.	
ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НИЗКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ	126
Антюх К.Ю.1, Григоренко Е.А.1, Семенова Н.В.1, Васильева Н.А.2, Курушко Т.В.1, Митьковская Н.П.1	
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОКАЛЬНЫМИ ЭПИЛЕПСИЯМИ	128
Арзибеков А.Г. Махпиева Г.К	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ	129
Арипова Ш.Х., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Мирсалихова Н.Х., Шамсиев Б.М.	
ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗ-РАСТА	131
Арифходжаева А.Т., Юнусов Д.М., Бахаваддинова З.М.	
ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ	132
Асранкулова Д.Б.	
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У КУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ ТЕРМЕЗСКОГО ФИЛИАЛА ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	133
Асфандиёров Ж.М., А.Т. Ашуров.	
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ШКОЛЬНИКОВ.	136
Атаджанова Ш.Х., Алимова Г.М., Арзибекова У.А.	
ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ	137
Атажанов Х.П., Якубов Д.М., Оллаберганова Ш.М.	
ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ВЫБОРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ	138
Атахонов А.А.	
ПРАВИЛА КОРРЕКЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ	139
Атахонов А.А.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ Ахмадалиев Х.С., Тошпулатов А.М., Косимова М.О.	141
ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ В У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К., Усманова У.И., Кодиров Д.А.	142
СИНДРОМ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ Ахмадалиева У.К., Кодиров Д.А., Усманова У.И., Валиева М.Ю.	143
ВНЕПЕЧЕНОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ HCV-ИНФЕКЦИИ Кадиров Б.Б., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К., Кодиров Д.А.	144
ЧАСТОТА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Кадиров Б.Б., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.	145
ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В Г. АНДИЖАНЕ. Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К., Кадиров Б.Б.,	146
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ Г.АНДИЖАНА Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К.,	147
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ТОРЧ-ИНФЕКЦИЕЙ Ахмаджонов Д.Е., Юсуфжонов Д.Д.	148
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ. Ахмаджонова М.Н., Юлдашева О.С.	149
ОСОБЕННОСТИ ЕСТЕСТВЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ. Ахмаджонова М.Н., Юлдашева О.С.	150
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИЗУЧЕНИИ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКИХ АСТРОЦИТОМ В УСЛОВИЯХ IN VITRO Ахмедиев М.М., Кадырбеков Н.Р.	151
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА Ахмедиев М.М., Давлетярова У.М., Ахмедиев Т.М.	154



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО Ахмедов М.М., Мамадалиев М.М., Бабаханов А.Д.	156
КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕФРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ Ахмедов Э.А., Султанова Л.Р., Абзалова М.Я.	157
РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ. Ахмедова Н.М., Иминова Н.Б., Муталипова М.Х.	159
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОГО ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ Ахралов Ш.Ф., Ортикбоева Ш.О., Манашова А.Р	160
ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ Ахралов Ш.Ф., Умарова У.А., Юлдашев Т.А.	161
АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. Ахтамов А., Ахтамов А.А., Ахаткулов Т.	162
ФОРМИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА. Ахтамов А., Ахтамов А.А., Тешаев Т.Н.	163
ОЦЕНКА КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ АНДИЖАН РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН Ашуралиева М.А., Касимова Г.З., Сахибова М.Д.	165
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А.	166
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Туксанов А.И., Маткаримов Ш.У.	168
РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАДИЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Туксанов А.И., Иброхимов С.С.	171
ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ ЖЕЛУДКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Шаниева З.А.	174



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ТЕРАПИИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СТРЕССОВЫХ УСЛОВИЯХ	176
С.А. Бабанов ¹ , Н.А. Острякова ¹ , Л.А. Стрижаков ² , М.В. Лысова ³	
ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ - ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ РАБОТАЮЩИХ	178
С.А.Бабанов, Д.С.Будащ, А.Г.Байкова	
ДИСЛЕПИДЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАННЕГО СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА	180
Бадалбаева Н.М., Узбекова Н.Р	
АССОЦИАЦИЯ СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	180
Бадалбаева Н.М., Узбекова Н.Р., Китьян С.А	
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	182
Бахаваддинова З.М., Арифходжаев А.Т., Ганиев А.Г.	
ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОГНОЗУ	183
Бахаваддинова З.М.	
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ	184
Бахаваддинова З.М.	
ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПЕРВИЧНОЙ (ИДИОПАТИЧЕСКОЙ) ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ	185
Бахрамов С.Т., Ходжибеков М.Х.	
ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ	187
Бежимбетов К.Н., Абзалова М.Я., Ахмедов Э.А	
ПРИМЕНЕНИЕ ДУПЛЕКСНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ	188
Бежимбетов К.Н., Турдиев Ф.Э., Ахралов Ш.Ф.	
ОСОБЕННОСТИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТАТОМ И ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ	189
Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З., Юнусов М.И., Тургунбоев А.А.	
ПОКАЗАНИЯ К КОЛОСТОМИИ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ	191
Бозоров Ш.Т., Гфуров А.А., Тожиддинов Ш.Ш.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ИНДЕКС ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ Бойкузиева М.Б.	193
РОЛЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Усманова Я.Г., Садикова Д.Т.	194
ОЦЕНКА ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА РОСТА И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОГО ВРАЧЕБНОГО ПУНКТА Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Акбарова Г.Х., Рахматова М.М.	195
ВЫЯВЛЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА МЕТОДОМ АНКЕТИРОВАНИЯ СРЕДИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Абдуллаев Ж.У.	196
ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПРОЛИФЕРАЦИЮ КРОВЕТВОРНЫХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК Борецкая А.С.	197
АНАЛИЗ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПРИ ПОСТОНОВКЕ ДИАГНОЗА ДИССИМИНИРОВАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ БОТИРОВ А.К. БОЗОРОВ Н.Э ОТАКУЗИЕВ А.З. АБДУЛХАЕВА Б.Х.	198
РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ МАГНИТНО РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ДИССИМИНИРОВАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ БОТИРОВ А.К. БОЗОРОВ Н.Э ОТАКУЗИЕВ А.З. АБДУЛХАЕВА Б.Х.	199
ПРОФИЛАКТИКА РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН Брюханова О.А., Ахмадеева Э.Н., Ильина А.А., Ахмадеева Л.Р.	200
ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ Булякова Г.А.1,2, Ахмадеева Л.Р.2,3	201
АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ И СВЯЗЬ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ О.Я.Бустанов	204
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ ДВОЙНОГО СЛЕПОГО ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Валева Д.С., Ахмадеева Л.Р., Наприенко М.В., Ахмадеева Э.Н	205



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ	208
Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Максумова Д.К., Каландаров Д.М.	
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	209
Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Ахмадалиева У.К., Каландаров Д.М.	
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ЦЕЛЯХ ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ.	210
Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Джумабаева, С.Э. Максумова Д.К.	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ, КАК ПРЕДИКТОРА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА	211
Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Максумова Д.К., Алибеков Ш.О.	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО ЖЕНСКОГО И МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ > 15-70 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА Г.АНДИЖАНА	212
Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Алибеков Ш.О.	
СВЯЗЬ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	213
Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С.	
НОВЫЕ ДАННЫЕ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ Г.АНДИЖАНА	215
Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Максумова Д.К., Ахмадалиева У.К.	
ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА, КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ	216
Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Кодиров Д.А., Ахмадалиева У. К.	
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРХОЛИСТЕРИНЕМИИ И ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ НА РАЗВИТИЕ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ, КАК ФАКТОРА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	217
Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Максумова Д.К., Кодиров Д.А.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ	218
Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Кодиров Д.А.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН	219
Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Джумабаева С.Э., Алибеков Ш.О.	
ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПО ТЕСТУ «САН» У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	220
Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Джумабаева С.Э.	
РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА	222
Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	223
Валиева Н	
ПРИМЕНЕНИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	225
Валиева Н	
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ЕЁ АССОЦИИ С ЛИПИДНЫМИ И НЕЛИПИДНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА В ПОПУЛЯЦИИ 25-45 ЛЕТ ГОРОДА АНДИЖАНА(ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ)	227
Вахабов Б.М., Атаханова С.К., Турсунов М.С., Йулибаев С., Исаков А.А.	
РОЛЬ НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА КАТЕХОЛАМИНОВ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ	228
Вахабов Б.М., Турсунов М.С., Таштемирова И.М., Кодирова Г.И., Акбаров Ш.	
К ВОПРОСУ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТЬЮ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ	229
Вахабов Б.М., Юлдашева С.Л., Акбаров Ш., Атаханова С.К., Йулибаев С	
ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ	230
Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А., Атаханова С.К.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ПРОБИОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ	233
Ганиев А.Г., Кузиев Д.В., Абдуллаев Д.Б.	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	235
Назаров К.Д., Ганиев А. Г.	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	236
Ганиев А.Г.	
ИННАВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ДИСФУНКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ	238
Гафуров А.А., Гафурова Ш.М.	
ИЗУЧЕНИЕ ОВАРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ.	239
Гафурова Д. К.	
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА « ИНФАСУРФ» У НОВОРОЖДЕННЫХ С АНОМАЛИЯМИ ЛЕГКИХ	240
Гафурова Ш.М., Гафуров А.А.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛЬТОФЕРА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ	242
Гафурова Ш.М.	
ЧАСТОТА АНЕМИИ У ПЕРВО- И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН	243
Гафурова Ш.М.	
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ	245
Гафурова Ш.М.	
АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ЗАЖИВШИХ ОЖОГОВЫХ РАН	246
Глуткин А.В., Бояров А.Д.	
МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ КИСЛОРОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ	249
Глуткина Н.В.1, Зинчук Вл.В.2, Норик С.Ф.2	
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.	251
Гафуров З.К., Сидиков М.П., Исламова З.К.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ. Гафуров З.К., Сидиков М.П., Исламова З.К.	252
ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ КОЖНО-ПРОТЕЗНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ Гуламов О.М., Мухамедов Б.З. Ташкенбаев Ф.Р., Махсудов М.Т. Азизов Т.А.	253
НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С СЕПСИСОМ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID 19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. Гулямова М.А., Ходжиметова Ш.Х., Орзикулова С.Ф., Махсудова Г..	255
МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БАРАБАННОГО СЕГМЕНТА ЛИЦЕВОГО КАНАЛА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЧЕРЕПА Г.Э. Керимзаде	257
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Давлатов Б.Н., Ташланов Ф.Н.	258
ОЦЕНКА НАРУШЕНИЯ КРОВОТОКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА Давыдов Д.А., Марченко В.Н., Щукина О.Б., Власов Т.Д., Кузнецова Д.А., Лозовая Т.А., Малахова З.Л., Рубинштейн А.А.	260
АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ Далимова Ш.К.	262
ВЛИЯНИЯ ВИТАМИНОВ (С И Е) НА ВОСПАЛЕНИЯ И ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СРЕСС ДЖАЛАЛОВА О. К.	263
РЕГУЛЯТОРНАЯ РОЛЬ ВИТАМИНА Е В ИММУННОЙ СИСТЕМЕ И ВОСПАЛЕНИЯ ДЖАЛАЛОВА О. К.	265
ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. Джумабаев Э.С., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Д.Г	265
К ВОПРОСУ О НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ГОРОДА АНДИЖАНА Джумабаева С.Э., Эргашев Э.Э, Маткомиллов Ж.А.	267
ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ COVID-19 Джумабаева С.Э., Маткомиллов Ж.А., Эргашев Э.Э.	269



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «В» У БЕРЕМЕННЫХ. Джураев М.Г.	271
ВЛИЯНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ. Джураев М.Г.	272
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПРИМЕНЕНИЕМ МУЛЬТИСЛАЙСНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ Джураева Н.М., Амирхамзаев А.Т.	273
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ (NIRS) И ПЕРФУЗИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В КАРДИОХИРУРГИИ Джураева Н.М., Ибадов Р.А., Амирхамзаев А.Т., Ибрагимов С.Х.	276
ВОЗМОЖНОСТИ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ Долич В.Н., Поздняков М.В., Мазилев С.И., Комлева Н.Е., Заикина И.В.	277
НЕДОСТАТОК ВИТАМИНА D В РАЗВИТИИ РЕБЕНКА Досыбаева Г.Н.1, Отумбаева Е.Т.2, Кошекoва Г.М.3, Рысбай Д.М.4, Слам Р.Ш.5	280
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФРАБОНЕ Дурсунов А.М.,1 Рузикулов О.Ш.2	281
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ Дурсунов А.М.,1 Рузикулов О.Ш.,2 Шодиев Б.У.1	283
ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ Дурсунов А.М.,1 Рузикулов О.Ш.2	287
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ПЛЕЧЕЕВОЙ КОСТИ. Дурсунов А.М., Рузикулов О.Ш., Саматов Ж.Ж., Мирзаев А.К., Маннонов А.А., Сатторов Д.М., Сатторов А.	288
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА Ермагамбетова А.П.1., Ахмадеева Л.Р.2,3	289



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ВЗАИМОСВЯЗЬ ВНЕШНЕЙ КОНФИГУРАЦИИ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА ОТ ИЗВИЛИН ЛОБНОЙ И ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛЕЙ. Жайлыбаев.М.С.	292
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ОБУЧЕНИИ ПО ЦИКЛУ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ Жалилов А.Х.	293
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЯЕМОГО РОСТА (ГЕМИЭПИФИЗИОДЕЗ) В ЛЕЧЕНИИ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ Шомукимов Ш.А., Жалолов Х.А., Файзиматов М.А.	294
“УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ” Жамалов М.С.	296
ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА Жамбиллов Р.С.	298
ИММУНОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА Жамбиллов Р.С.	299
ВОСПРИЯТИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКАМИ И ИХ РОДИТЕЛЯМИ Жамбиллов Р.С.	300
ПЕТЛЕВАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Жданович К.В.1, 2, Пуздряк П.Д.2, Шломин В.В.1,2, Гусинский А.В.1,2, Иванов М.А.3, Рахматиллаев Т.Б.1,2	301
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ Жуманова Л.А., Шоюнусова Н.Ш., Хасанова Ш.А.	302
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С COVID-19 Содикова Д.Т., Жураева М.А.	304
РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ Закирова У.И., Каримджанов И.А.	306
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ. Закирова У.И., Нурматова Н. Ф., Хабибуллаева Б. Р.	308



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



МЕСТО НЕЙРОМОНИТОРИНГА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕЛЕКТИВНОЙ ДОРЗАЛЬНОЙ РИЗОТОМИИ ПРИ ДЦП	310
Зекрияев Н.Н., Исмаилова Р.О., Югай И.А., Юлдашев Р.М	
ВАРИАНТЫ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА	311
Зияева Э.Р.	
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ, ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА	313
Зияева Э.Р.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕТЕРОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА	315
Золотухин В.О. Андреев А.А. Глухов А.А.	
“Эпидемиология, факторы риска, клиничко-визуализирующие особенности и приоритеты профилактики рака пищевода в Ферганской долина Узбекистана”	316
Зулунов А.Т	
МАГНОФЛОРИН ИЗ РАСТЕНИЙ BERBERIS	318
И.И.Хомидов, С.Х.Махаматова	
АПОРФИНОВЫЕ АЛКАЛОИД – ГЛАУЦИН	319
И.И.Хомидов, С.Х.Махаматова	
ВРОЖДЕННАЯ ВЫСОКАЯ ЧАСТИЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	320
Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б.	
ВРОЖДЕННАЯ НИЗКАЯ ЧАСТИЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА-1	321
Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б.	
РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ	322
Ибрагимов Ж.Х.	
ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДАХ ТУПОЙ ТРАВМЫ	324
Ибрагимов С.Т., Бойманов Ф.Х	
ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИИ ПУПОВИНЫ	325
Ибрагимова С.Р.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



АКТУАЛЬНОСТЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ	326
Ибрагимова С.Р.	
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОБЪЕМНОЙ ПЕРФУЗИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИЗУЧЕНИИ СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.	328
Икрамов А.И.1,2, Ярмухамедова Д.С.1, Низамова М.М.2, Халибаева Г.Б.2, Турсунова Л.Н.1	
КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА КРОВИ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ МИОПИИ	329
Икрамов О.А., Икрамов А.Ф., Икрамов Д.А.	
ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА RS1107946 ГЕНА COL1A1 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ МИОПИИ	332
Икрамов О.А., Икрамов А.Ф.	
ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА	334
Ф.Д. Икрамова, С.З. Салахидинов, С.М. Ахмадалиев, С.М. Мухторов	
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	335
Салахидинов С.З., Мусашайхов Х.Т., Касимов А.Л., Икрамова Ф.Д.	
КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА	337
Икрамова Ф.Д., Мусашайхов Х.Т., Ахмадалиев С.М., Тешабоева М.А.	
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ДИФфуЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ	339
Мадазимов М.М., Икрамова Ф.Д., Касимов А.Л., Усманов Э.И.	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН	340
Ф.Д. Икрамова, Х.Т. Мусашайхов, Э.А. Василевский, С.М. Мухторов	
КЛИНИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИКА ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА	343
Илмурадова М.А.	
ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЬШОЙ МАССОЙ ТЕЛА	344
Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т., Махмудова Б.Ш.	
АНАЛИЗ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	345
Иниятиллаева С.А., Давранова А.Э.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



РАЗВИТИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН, СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ Иргашев Ш.Б., Файзиева Н.Н.	346
СУЩНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГАЙМОРИТА Исакжонов М.Ш., Усманова Н.А.	349
МЕРЫ ПО ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГАЙМОРИТА Исакжонов М.Ш., Усманова Н.А.	350
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ПРЕДРАКОВЫХ И РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ. Исакова Д.Б.	351
СОПОСТАВЛЕНИЕ ТАКСОНОМИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЧЕЛОВЕКА. Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Хакимова И.Т.	353
МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН АДГЕЗИВНОЙ АКТИВНОСТЬ МОЧИ И СЫВОРОТКИ КРОВИ Сатликов Р.К., Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Мамадиев Х.Г., Дадаханова Р.А.	354
ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ЦИСТИТОВ У ЖЕНЩИН. Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Ахмедова Д.К.	355
ИНФОРМАТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В СКРИНИНГЕ ОПУХОЛЕЙ ГЛАЗА И ОРБИТЫ Исламов З.С., Икрамов А.Ф., Умарова Б.З	356
МЕТОДЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ Исламов Ф.Р., Исламов Р.Д.	358
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ Исламов Ф.Р., Исламов Р.Д.	360
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ Исмаилова З.У.	361
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЧСС (частоту сердечных сокращений), И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ГИПОДИНАМИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ Исматова М.Ш. Эргашева Х., Парахатова А.Р.	363



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ВЫБОРОЧНОЙ ЗАТОЧКИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ	365
Исмоилов И.Х.	
ПОКАЗАНИЯ К ФОРМОВАНИЮ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ И ИХ ПРЕИМУЩЕСТВА	366
Исмоилов И.Х.	
УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ЭКСТРЕННЫХ ТОРАКОСКОПИЙ В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРА НЕОТЛОЖНОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ	368
Исмоилов О.А	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФУЗИОННЫХ АНТИГИПОКСАНТОВ (РЕАМБЕРИНА) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ КОС ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМ(ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ) ШОКЕ	370
Исмоилов О.А	
КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРНАТРИЕМИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ	371
Исмоилов О.А.	
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПРЕЭКЛАМПСИИ	373
Исмоилова Ш.Д	
МЕТОДЫ ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ ПАЦИЕНТЫ В БОЛЬНИЧНЫХ УСЛОВИЯХ	374
Исмоилова Ш.Д.	
КОМБИНАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	375
Косимова Д.У.1, Ахмадеева Л.Р.2,3, Исоева М.Б.1	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 4-Й СТАДИИ	378
Исомитдинов Н.М., Хошимова Г.Ж., Тошматова Ю.Ж.	
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ IV СТАДИИ НА ЭТАПАХ ПАЛЛИАТИВНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ	379
Исомитдинов Н.М., Хошимова Г.Ж., Тошматова Ю.Ж	
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ, ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ	381
Иткулов А.Ф., Тимербулатов М.В, Ахмадеева Л.Р., Ибатуллин А.А., Байков Д.Э.	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ COVID-19 ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ	383
Йулдашев Ш.Ш., Райимов Г.Н., Низомов Ё.У., Ахмадалиев Ш.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ОСОБЕННОСТИ КОЛЕБАНИЙ БАРОМЕТРИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ ПО СЕЗОНАМ ГОДА И ЕЕ СВЯЗЬ С НЕОТЛОЖНЫМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ Каландаров Д.М., Мамасолиев Н.С., Содикова Д.Т., Каландарова М., Усмонов Б.У.	385
ПРОБЛЕМА ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Калачева Э.И., Байков Д.Э., Ахмадеева Л.Р.	386
АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Калачева Э.И., Байков Д.Э., Ахмадеева Л.Р.	388
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, НАПРАВЛЯЕМЫХ НА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНУЮ ТОМОГРАФИЮ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОБЛЕМЫ. Эльвира И.К.	389
ПРИМЕР ИЗУЧЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ Кандилбеков Д., Авазбеков Б., Кодирова Г.И.,	391
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ Карабаева Ф.У	392
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ Карабоев Б.Б., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х.	393
ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИСТОЧНИКОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ Карабоев Б.Б., Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х.	395
ОСЛОЖНЕНИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ Каримов А.Х., Аграновский М.Л., Солиев Д.М., Муминов Р.К.	397
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И ВОПРОСЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА Каримов А.Х., Аграновский М.Л., Муминов Р.К.	400
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ Каримова М.Х., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Узакова Ш.Б.	401



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА Касимов Н.А., Мирзабаев Г.Э., Умматалиев Б.Т., Бобаев У.Н., Атаханов И.К	403
ИЗУЧЕНИЯ МУТАГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ УГЛЕРОДНОГО НАНОПОРИСТОГО ГЕМОРСОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Касимов Н.А., Мирзабаев Г.Э., Умматалиев Б.Т., Бобаев У.Н., Минаваров Н.Ю	404
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Касимов Н.А., Мирзабаев Г.Э., Умматалиев Б.Т., Бобаев У.Н., Атаханов И.К	405
ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРЕВАРИВАЕМОСТИ КРАХМАЛА В СОСТАВЕ КРАХМАЛЬНО-КАЗЕИНОВЫХ СУБСТРАТОВ ПО ДИНАМИКЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ СЛЮННОЙ АМИЛАЗЫ Касимова Д. С., Алейник В.А., Бабич С.М., Хамракулов Ш.Х.	406
ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРЕВАРИВАЕМОСТИ КЕЗЕИНА В СОСТАВЕ КРАХМАЛЬНО-КАЗЕИНОВЫХ СУБСТРАТОВ ПО ДИНАМИКЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА Касимова Д. С., Алейник В.А., Бабич С.М., Ходжаева Г.А	407
ВЛИЯНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ КРАХМАЛОМ И КАЗЕИНОМ В СОСТАВЕ КРАХМАЛЬНО-КАЗЕИНОВЫХ СУБСТРАТАХ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРЕВАРИВАЕМОСТИ КРАХМАЛА Касимова Д. С., Бабич С.М., Хамракулов Ш.Х.	409
ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРЕВАРИВАЕМОСТИ КРАХМАЛА В СОСТАВЕ КРАХМАЛЬНО-КАЗЕИНОВЫХ СУБСТРАТОВ ПО ДИНАМИКЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ СЛЮННОЙ АМИЛАЗЫ Касимова Д. С., Алейник В.А., Бабич С.М., Ходжаева Г.А	410
ИННАВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ Касимова Г.З., Ашуралиева М.А., Сахибова М.Д.	411
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ Касимова С.А., Кодиров Ш.Н	413
СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ Касимова С.А., Кодиров Ш.Н	414
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ Касымов А.Л., Мансуров Ш.Ш., Садиков А.Ж., Мадаминов М.Ю. Солиев М.Б	415



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПРЕССИОННОЙ СКЛЕРООБЛИТЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.	417
Касымов А.Л., Мирзаев К.К., Жураев Г.Г., Мансуров Ш.Ш., Ахмаджонов.Ж.У Солиев.М.Б	
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА	418
С.А.Касымова	
НЕЙРОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ «COVID-19» И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ.	419
С.А.Касымова	
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА У ШКОЛЬНИКОВ	420
Кахарова Д.М, Хошимова Д.Х, Мадаминхужаева Д.К	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ ЯЗВЫ РОГОВИЦЫ НА ФОНЕ НОШЕНИЯ МКЛ	421
Кахарова Д.М., Хошимова Д.Х., Мадаминхужаева Д.К	
ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА НА ОСНОВАНИИ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА	422
Зилолахон К.Х	
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ ПЛЕЧЕВОГО И ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ.	423
Кетмонов А.Г., Исомиддинов З.Д., Рузиева Л.Д., Обиджонов М.Х.	
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЬНЫХ С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА РСНПМЦ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ	425
Киргизбаева Д., Урманбаева Д.А., Ибрагимова М.А.	
АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ И СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	426
Киргизбаева Д., Урманбаева Д.А., Расулова Д.К.	
РАННЯЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ НЕКРЭКТОМИЯ ПРИ ГЛУБОКОМ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ КОЖИ У БЕРЕМЕННЫХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	427
Ковальчук-Болбатун Т. В.	
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).	429
Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ПРОБЛЕМЫ СОЧЕТАНИЯ ЛИПИДНЫХ НАРУШЕНИЙ С ХОБЛ НА ФОНЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ. Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.	430
ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НА ФОНЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ. Кодиров Д.А., Валиева М.Ю, Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К.	431
ВИЧ ИНФЕКЦИЯ ЗА КАЧЕСТВЕ ОСОБОГО ТРЕБУЮЩЕГО СКРИНИНГОВОГО НАДЗОРА, ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ. Кодиров Д.А., Усманова У.И., Ниёзова Ё.М., Абдувалиева Г.Т.	432
ИЗУЧЕНИЕ ЭТНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ. Кодиров Д.А., Салохиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.	433
ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА Кодиров Д.А., Салохиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К.	434
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ АССОЦИИРОВАННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА Кодиров Д.А., Салохиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю.	436
СВОЕВРЕМЕННАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ М.А. Кадыров	437
ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ВЕНТИЛЯТОРАССОЦИИРОВАННОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС СИНДРОМОМ М.А. Кадыров	438
ИЗМЕНЕНИЯ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С СУДОРОЖНОМ СИНДРОМОМ М.А. Кадыров	439
ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ЛИЦ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ Козимжонова И.Ф., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Солиев Д.М.	440



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛИГАТУРНОГО И КОМПРЕССИОННОГО АНАСТОМОЗОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ Комилжанов А.Э., Тен Д.О.	442
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ПРИ НАЛОЖЕНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ. Комилжанов А.Э., Тен Д.О.	443
АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК Косимов С.С., Атаханова С.К., Алижанов М.С., Абдуллаева К.А., Вахабов Б.М.	446
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, НОВЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ Косимова З.М.	447
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Косимова М.О., Ахмадалиев Х.С., Тошпулатов А.М.	448
НЕТРАВМАТИЧЕСКИЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ И ЕГО ОБОЛОЧКИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА Кочетов В.Е., Магрупов Б.А.	450
ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ Красненкова М.Б.	451
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ПРОТОПИК» ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ Кузиев Д.В., Абдуллаев Д.Б., Ганиев А.Г.	453
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОТЕКА И НАБУХАНИЯ ГОЛОВНОГОМОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ Кузиев О.А	454
ПРИНЦИПЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ Кузиев О.А	456
ДЕКОМПРЕССИВНАЯ КРАНИОТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ Кузиев О.А.	457
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ Кулдашев К.А., Кулдашева Я.М., Холматов А.А., Хурсанов А.А., Ахмедов Б.О., Тухтаев Ж.Ж., Камчинов М.	459



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ	460
Кулдашев К.А., Холматов А.А., Хурсанов А.А., Ахмедов Б.О., Тухтаев Ж.Ж., Камчинов М.М., Акбаров И.Н., Расулов Ж.М.	
СОЧЕТАННЫЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	461
Кулдашев К.А., Расулов Ж.М., Хурсанов А.А., Ахмедов Б.О., Тухтаев Ж.Ж., Камчинов М.М., Акбаров И.Н., Холматов А.А., Хаджалиев Ж.Т., Инамова Г.К.	
ВТОРИЧНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ И ИХ КОРРЕКЦИЯ.	462
К.А.Кулдашев, И.Н.Акарбов, Я.М. Кулдашева, Ж.Ж.Тухтаев, М.М.Камчинов, А.А.Холматов, Б.О.Ахмедов, А.А.Хурсанов.	
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ А1–АДРЕНОБЛОКАТОРОВ	463
Курбанова Д.И.	
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИМУНОРИКСА ПРИ ОРИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	464
Курбонова Д.И.	
ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	466
Курбонов Ш.П., Отакузиев А.З.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОТОМИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЯХ	467
Курбонова Ш.У.	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ.	468
Курбонова Ш.У.	
ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ	469
Курбонов Ш.П., Отакузиев А.З.	
ДИАБЕТОМ (II) ТИПА С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	470
Қасимов А.Л., Мирзаев К.К., Жураев Г.Г., Мансуров Ш.Ш., Ахмаджонов.Ж.У Солиев.М.Б	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА И ПРОГНОЗОМ У МУЖЧИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	471
Қодиров М.А., Муминов Р.К.	
СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ МИКРОНУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	473
Л.В. Левчук, Н.Е. Санникова, Т.В. Бородулина, Л.В. Крылова, Н.С. Соколова	
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ОСОБЕННОСТЯХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ	475
М. А. Миртолипова	
СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОЖОГОВОЙ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ПЕРЕМЕЩЕННЫМ ШЕЙНЫМ ЛОСКУТОМ	476
Мадазимов М.М., Низамходжаев Ш.З.	
ВЫБОР СПОСОБА ФОРМИРОВАНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА.	478
Мадазимов М.М., Ботиров А.К., Ботиров Ж.А.	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОЖОГОВОЙ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ НА ГОЛОВЕ И ШЕЕ ПОЛНОСЛОЙНЫМ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ	480
Мадазимов М.М., Низамходжаев Ш.З.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ЛЕВОСТОРОННЕЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ СТОМОЙ.	482
Мадазимов М.М., Ботиров А.К., Ботиров Ж.А.	
ВЛИЯНИЕ НА ПОЧКИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА	483
Каримджанов И.А., Мадаминова М.Ш.	
“СИНДРОМ ЛОУ У ДЕВОЧКИ 2,5 ЛЕТ”.	484
Маджидова Н.М., Рахманова Л.К., Ганиева М.Ш.	
ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТЕОАРТРОЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	485
Мадумарова З.Ш., Ходжибеков М.Х	
ВЛИЯНИЕ ПЫЛЬЦЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ НА АДСОРБЦИОННЫЕ СВОЙСТВА ТКАНЕЙ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ПАРАНЕКРОЗА	487
Мадумарова М.М., Тожибаева Н.Л.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ НА ОРГАНИЗМ Мадумарова М.М., Тожибаева Н.Л.	488
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ У РАБОЧИХ ХЛОПЧАТОБУМАЖНОГО КОМБИНАТА Мадумарова М.М., Тожибаева Н.Л.	490
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Алибеков Ш.О., Каландаров Д.М.	491
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Ахмадалиева У.К., Каландаров Д.М.	492
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Ахмадалиева У.К.,	493
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю.	495
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Ахмадалиева У.К.	496
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Махсумова Д.К.	497
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ 20-69 лет (РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ) Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Махсумова Д.К.	499
ВКЛАД ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Алибеков Ш.О., Махсумова Д.К., Кодиров Д.А.	500



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Махсумова Д.К.	501
ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КАК ФАКТОР РИСКА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Валиева М.Ю., Алибеков Ш.О., Махсумова Д.К.	502
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ДИАГНОСТИРОВАННЫЕ КАК ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПУБЕРТАТНЫЙ КРИЗ Маликова А.Э., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х.	503
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ БОРЬБЫ С ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Маликова А.Э., Аграновский М.Л., Салиев М.М., Муминов Р.К.	504
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ. Мамадалиев А.Р.1., Давлатов Б.Н.2, Мамасолиева Ш.У.2, Мамадалиев А.Б.2	505
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «НЕМОВЕН» ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ И ВЕЩЕСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Мамадалиев А.Р., Давлатов Б.Н.	506
СПОСОБ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ И ОБОЛОЧЕЧНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА Мамадалиев А.Р., Давлатов Б.Н.	509
ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Мамадалиева Я.М., Фарходова Ю.Ф., Абзалова М.Я.	511
ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В У БЕРЕМЕННЫХ Мамаджанова Ш.К.	512
ВИДЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ У ДЕТЕЙ, ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Мамажанова М.М., Мирзаева М.М., Мадаминова Д.С, Салиева М.Х.	514
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕЧЕНИЯ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ DE LA TORRE-ORTEGA У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЮ ГИРШПРУНГА Мамажонов У.Ш. Олдашев М.М. Жураев Ш. Хайитматов М.	516



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИМПАТИЧЕСКО-АДРЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ОРГАНИЗОВАННОМ НАСЕЛЕНИИ	518
Мамажанова З.К., Кодирова Г.И., Мадаминов И.К.	
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	520
Мамажонова С.О.	
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН ИСПОЛЬЗУЮЩИХ МЕТОД ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ.	521
Мамажонова С.О., Одилбекова М.М.	
ФАКТОРЫ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ДО И ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ВМС.	522
Мамажонова С.О., Одилбекова М.М.	
ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТИРИУРИИ.	522
Мамажонова С.О.	
ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ФАКТОРОВ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ	523
МАМАСАЛИЕВ Н.С., КАЛАНДАРОВ Д.М., КУРБОНОВА Р.Р., УСМОНОВ Б.У.	
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА В КОМОРБИДНЫХ СИТУАЦИЯХ.	524
Мамасолиев Б.М.	
ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	526
Мамасолиев З.Н., Камилов Х.М., Мамасалиев Н.С., Хакимова З.К., Курбонова Р.Р.	
МОНИТОРИНГ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОННОЙ ПРОГРАММЫ	527
Усмонов Б.У., Мамасолиев З.Н., Хакимова З.К., Мамасалиев Н.С., Курбонова Р.Р.	
РОЛЬ САНАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХОЛЁГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИВЛ	528
Маматкулова Н.Ж., Кодиров Р.И.	
ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ	530
Маматкулова Р.И.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



СОВРЕМЕННАЯ РАБОЧАЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЯ ОТЕКА И НАБУХАНИЯ ГОЛОВНОГОМОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ(ТЧМТ)	531
Маматов Б.Ю	
РЕКОМЕНДУЕМАЯ РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ТРАХЕОСТОМЫ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ (ТЧМТ)	533
Маматов Б.Ю	
ДЕКСМЕДЕТОМИДИН, КАК АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ АДЬЮВАНТ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ	536
Маматов Б.Ю.	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ МАНИФЕСТАЦИИ ОЖИРЕНИЯ	539
Маматхужаева Г. А., Арзикулов А.Ш	
СИТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА МЕТОБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	540
Маматхужаева Г. А., Арзикулов А.Ш.	
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ	542
Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.	
ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ	544
Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф.	
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ	546
Маматхужаева Г.Н., Икрамов А.Ф., Хакимова Р.А.	
РОЛЬ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ	548
Манашова А.Р., Юсупалиева Г.А., Ортикбоева Ш.О.	
НОВЫЕ ПОДХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	549
Мансуров Ш.Ш., Касымов А.Л., Садиков А.Ж., Мадаминов М.Ю. Солиев.М.Б	
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГИСТОСТРУКТУРЫ ТКАНЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	550
Мансуров Ш.Ш., Касымов А.Л., Садиков А.Ж., Мадаминов М.Ю. Солиев.М.Б	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА В УЛУЧШЕНИИ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	553
Мансуров Ш.Ш., Касымов А.Л., Садиков А.Ж., Мадаминов М.Ю. Солиев.М.Б	
МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ	554
Матанов З.М.	
ПОВЫШЕНИЕ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ РОДИТЕЛЕЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ТРАВМАТИЗМА И СОЗДАНИЮ БЕЗОПАСНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ СВОИХ ДЕТЕЙ.	556
Махкамова Г.Г.	
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ	558
Махматмурадова Н.Н., Норммахматов И.З	
СЛИЗИСТАЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ	559
Махматмурадова Н.Н., Норммахматов И.З.	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ	561
Махпиева Г.К. Арзибеков А.Г	
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЭРБ	563
Махсудов М.Т., Гуламов О.М., Ахмедов Г.К.	
ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ	565
Махсудова Х.Ф.	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	566
Махсудова Х.Ф.	
АНАЛИЗ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ	567
Машарипова Р.Т.	
ОСОБЕННОСТИ ВИДЕЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ	568
Мирзабаев Г.Э., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Минаваров Н.Ю.	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОКХ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ С УЧЕТОМ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И АНТИСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ	570
Мирзабаев Г.Э., Хакимов Д.М., Бобаев У.Н., Касимов Н.А.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ	572
Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ДОПплЕРОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ АССОЦИИРОВАННО С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И БЕЗ»	573
Мирзаев К.К., Камалов Т.Т., Хайдаров М.О.	
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА И БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ	575
Мирзаева М.М., Насриддинова М.А., Салиева М.Х.	
АНАЛИЗ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ВОЗ ПО ПИТАНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ	576
Мирзаева М.М., Салиева М.Х., Хажиматов Р.С.	
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	577
Мирзакаримов Б.Х., Джумабоев Ж.У., Нўмонов Б.	
ВЛИЯНИЕ ГИРОКИНЕЗИИ НА МАССУ КРЫС И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	579
Мирзарахимова М.А.	
ФЕРМЕНТЫ КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ВНЕШНЕЙ ТЕМПЕРАТУРЕ И ИНСОЛЯЦИИ	580
Мирзарахимова М.А.	
МОРФОЛОГИЯ АОРТЫ КРЫСЯТ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПОТИРЕОЗОМ	581
Мирзамухамедов О.Х., Махмудова.У.М,	
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	582
Мусажанова Р.А., Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Шарипова Н.П., Туракулова Х.Э., Валиева С.Ш.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ «АНАСЕП» В КУПИРОВАНИИ РЕЦИДИВОВ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА	585
Муйдинова Б.А.	
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ	586
Муйдинова Б.А.	
ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	587
Мулладжанова К.А.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



АНЕСТЕЗИЯ КСЕНОНОМ В ДЕТСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ Муминов Б.Э	588
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ КСЕНОНОМ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ Муминов Б.Э.	590
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ Муминов .Б.Э	592
ОБСЕССИВНО -КОМПУЛЬСИВНЫЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ВСТРЕЧАЕМЫЕ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИЕ В БРАКЕ ДО 10 ЛЕТ Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Каримов А.Х.	593
СУДОРОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Каримов А.Х., Азимова Г.А.	596
ФУНКЦИОНАЛЬНОСТЬ СЕМЬИ ПРИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМ И СОМАТОФОРМНОМ РАССТРОЙСТВАХ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ В БРАКЕ БОЛЕЕ 10 ЛЕТ Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Азимова Г.А., Козимжонова И.Ф.	597
ЧАСТОТА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Маликова А.Э Азимова Г.А.	599
ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ Мурашов О.В.	600
ИЗУЧИТЬ РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО МАРКЕРА ФОЛАТНОГО ЦИКЛА В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНФАРКА МИОКАРДА. Мусашайхов У.Х., Набиева Д.А., Мусашайхова Ш.М., Бобоев К.Т	601
ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЭМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Мусашайхов У.Х., Набиева Д.А., Мусашайхов Х.Т, Бобоев К.Т.	602
РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТРОМБОФИЛИЧЕСКОГО МАРКЕРА C677T В ГЕНЕ MTNFR В РАЗВИТИИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ. Мусашайхов Х.Т., Бобоев К.Т. Мусашайхов У.Х.,	604
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА Leu33Pro В ГЕНЕ ИНТЕГРИН БЕТА-3 (ITGB3) С РАЗВИТИЕМ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ СОСУДИСТЫХ ТРОМБОЗОВ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ. Мусашайхова Ш.М., Салохиддинов З.С., Мусашайхов Х.Т.	605



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



“СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОЧЕК”	606
Муталипов У.	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГочНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ДИФфуЗНЫМ ЭУТЕРИОИДНЫМ ЗОБОМ	608
Мухамедов Ф.Н., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Шамсиева Л.А., Алимбобоев С. К.	
ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	609
Х.Т.Мусашайхов, А.Л.Косимов, С.М.Ахмадалиев, У.Х.Мусашайхов.	
ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО - НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.	610
С.М.Мухтаров, Х.Т.Мусашайхов, А.Л.Косимов, Ш.М.Мусашайхова.	
ВЛИЯНИЕ АПЛИКАЦИОННОЙ СОРБЦИИ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	611
С.М.Мухтаров, Х.Т.Мусашайхов, А.Л.Косимов, У.Х.Мусашайхов.	
ВЛИЯНИЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА НА ФЕРТИЛЬНОСТЬ.	612
Наджмитдинова Д.А.	
ТЕЧЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С МАЛОЙ МАССОЙ	613
Назаров К.Д., Ганиев А. Г.	
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ	614
Ганиев А.Г., Кузиев Д.В., Назаров К.Д.	
ПРИИМУЩЕСТВО ГРУДНЫМ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ДО ДВУХ ЛЕТ	617
Назаров К.Д.	
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В СПИНЕ	618
Назарова Г. Т., Абдукадилова Д.Т., Рузиева Угилрой	
УСИЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ С НАСЕЛЕНИЕМ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	619
Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.	
ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	620
Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



НАШ ОПЫТ И ПОДХОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ. Ниматов Ф.С, Ходжанов.И.Ю, Ступина Н.В.,Валиев.О.Э,	621
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМОФЕРЕЗА В КОМБИНАЦИИ С БАЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ. Ниматов.Ф.С, Ходжанов.И.Ю, Ступина Н.В.,Азизов.А.М.,	623
ВЛИЯНИЕ ПРОБИОТИКОВ НА МИКРОБИОМ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ Нишанова Д.В.	624
РОЛЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ВИТАМИНА D И ЦИНКА В РАЗВИТИИ ПРЕДИАБЕТА И ДИАБЕТА: НЕОБХОДИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ СВЯЗИ И ПОСЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕНЕНИЯ. Нишанова М.С., Юсупова Ш.К.	626
НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У ЖЕНЩИН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ Ниязова Ё.М. Умурзакова Р.З, Юлдашева Н.Э	628
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОСНОВНЫМ НЕИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ М.Т. Ниязова, М.Э. Умарова	629
НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У ЖЕНЩИН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ-1 Ниязова Ё. М, Умурзакова Р.З, Юлдашева Н.Э	630
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОМИОЗА Ибрагимова Н.Ш. Юсупова М.А.	633
ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ БИЛОМ Нормурадова Н.М., Сурхонов Т.У., Ахмедов Э.А.	634
РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И ИММУННАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ Нумонов Ш.М	635
К ОЦЕНКЕ БЕЗОПАСНОСТИ ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ Нумонов Ш.М	637
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОМ Нумонов Ш.М.	638



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ОШГУ	640
Нурбек кызы А., Шатманов С.Т., Жаныш уулу А.	
ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	641
Нуритдинов А.Т., Рахмонов Б.Ж., Касымов А.Л., Пакирдинов А.С.	
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.	643
Нуритдинова Г.Т., Инакова Г.Т., Арзибекова У.А.	
ИЗУЧЕНИЕ В ДИНАМИКЕ ДЕТЕЙ С ПОНИЖЕННЫМИ БЕЗУСЛОВНЫМИ РЕФЛЕКСАМИ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ.	645
Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Джураева Х.З.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ	646
Нурматов С.Ю., Расулова М.М., Рашидова Ш.М.	
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЛИЦА	647
О.С. Файзиходжаев, Н.Х. Эшбадалов	
ОСНОВНЫЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОЛОКНИСТОГО ПОЛОИПРОПИЛЕНОВОГО СОРБЕНТА И ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЧЕЛЮСТНО_ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.	648
Н. Х Эшбадалов, О. С. Файзиходжаев	
ПРИНЦИПЫ И ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.	650
Файзиходжаев О.С., Эшбадалов Х.Ю., Насретдинов З.Т.	
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЛИЦА	651
Файзиходжаев О.С., Эшбадалов Н.Х.	
АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ И СВЯЗЬ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	652
О.Я.Бустанов	
ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ	653
Одилжонов Ж.Д.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО ПРИ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Одилжонов Ж.Д	654
СПИНАЛЬНО-ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА Озодбеков Ю.Ш	655
ПРОБЛЕМА БЕЗОПАСНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ Озодбеков Ю.Ш	657
РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ОРДС НА ФОНЕ СЕПСИСА У ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ Озодбеков Ю.Ш.	658
ПРОБЛЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН Ордашев Х.А	660
СОСТОЯНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ Ордашев Х.А., Минкаилова С.Р., Гамидова З.Ш., Магомедова Х.М., Тагирова А.М., Османова Д.М., Магомедов Г.Н.	663
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ Орипова М.М., Ахмаджанова Г.М.	664
АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН С ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ Орипова М.М., Ахмаджанова Г.М	667
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ АЛГОРИТМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ Отакузиев А.З., Камолов Н.Г., Косимов С.М., Шокирова Г.О.	669
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ Отакузиев А.З., Косимов С.М., Шокирова Г.О.	671
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИОДОНТА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА Охунжонова Х.Х	673



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Пардаев Ш.К., Шарипов И. Л., Гоибов С.С.	674
ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗРАБОТАННОГО МЕТОДА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛИ В СПИНЕ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ Поздняков М.В., Комлева Н.Е., Долич В.Н., Меденцов В.А.	675
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АКТИВНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В СРЕДИ НОСИТЕЛЕЙ HbsAg Пулатов М.Э., Каюмов А.М	678
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО КАНДИДОЗА БОЛЬНЫХ ВИЧ/СПИДОМ Пулатов М.Э., Каюмов А.М	679
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ Пулотжонов М.М., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Жалилов А.Х., Абдуллаева М.К.	680
ПИТАНИЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Раджабов З.Н.	681
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ У ДЕТЕЙ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ Ражабова Б.	685
ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЭНДЕМИЧНОГО ЗОБА Раззаков Б.Ю.	686
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ Раззаков Б.Ю.	688
ИССЛЕДОВАНИЕ РОСТА И РАЗВИТИЯ БИФИДОБАКТЕРИЙ Раззаков Н.А., Отабекова М.У.	690
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. Райимов Г.Н.1, Салохиддинов Н.А.2, Соткинов Г.2, Раззаков Ш.1	691
К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДПК Райимов Г.Н.1, Холмухамедов Ж.Р.1, Тиллаболдиев А.Р.2, Дехконов Ш.Ш.2	692



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА. Райимов Г.Н., Холмухамедов Ж.Р.	693
ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ. Райимов Г.Н.1, Холмухамедов Ж.Р.1, Рахматов Д.Р.2, Холматов К.К.2	695
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА Райимов Г.Н.1, Соткинов Г.2, Тиллаболдиев А.Р.2, Дехконов Ш.Ш.2	696
ВЛИЯНИЕ ИМБИРА НА КЛЕТОЧНОСТЬ ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОБЛУЧЕНИЕ С ТИПОМ АЦЕТИЛИРОВАНИЯ Расулов У.М.	698
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ КРОВЕТВОРНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК Расулов Ф.Х., Хамракулов Т.З., Борецкая А.С.	700
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ Расулов Ш.О., Рузикулов М.М., Хазраткулов Р.Б., Бурнашев М.И.	701
СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ Расулова Г.Р.	702
ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЧЕСКИХ ТРАВМ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И ЕГО ПРИДАТКОВ Расулова М.М.	704
ВОЗМОЖНОСТИ И НЕДОСТАТКИ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Расулова М.М.	705
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ Расуль-Заде Ю.Г., Мелиева Д.А.	708
ЗНАЧЕНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ Расуль-Заде Ю.Г., Мелиева Д.А.	709
СЕМЕЙНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА АЛЬПОРТА У ДЕТЕЙ. Рахманова Л.К., Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М.	711



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АОРТОПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА.	713
Рахматиллаев Т.Б., Гусинский А.В., Шломин В.В., Паненкина В.В.	
ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОКАЛЬНОГО УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ	714
Рахматуллаева М.М.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОМЕГА-3 ПОЛИНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	716
Рубаненко О.А., Рубаненко А.О., Давыдкин И.Л.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ РАННЕЙ НЕКРЭКТОМИИ И АУТОДЕРМОПЛАСТИКЕ НА МОДЕЛИ ГЛУБОКОГО ОЖОГА КОЖИ	717
Рузибоев С.А., Юнусов О.Т.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГИГАНТСКИМИ АРТЕРИАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ	718
Рузикулов М.М., Хазраткулов Р.Б., Расулов Ш.О., Абдушукуров Б.А.	
ФАРМАКОЭКОНОМИКА, ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.	720
Рузиматов Ф.И., Эгамберганов.А.О	
НЕЙРОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ «COVID-19» И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ.	721
С.А.Касымова	
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА	722
С.А.Касымова	
ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА	723
Д.И.Садикова	
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА	726
Д.И.Садикова	
ИЗМЕРЕНИЕ ТКАНИ ПЕРЕДНЕЙ ЧАСТИ ШЕИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	729
Садикова М.А	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОД У НАРКОЗАВИСИМЫХ ЖЕНЩИН Садикова С. Салиев М.М., Муминов Р.К., Аграновский М.Л.	730
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ БОРЬБЫ С ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Садикова С. Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М.	731
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ АОРТА КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ Саидов Х.Ш., Низамов Х.Ш., Кушназаров Р.С., Рахматуллаев А.А., Курбанов Б.Х.	733
ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УЗБЕКИСТАНЕ. Саипова Х.М.	735
ОПЫТ ОФОРМЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ (РО) НА ПРИМЕРЕ КАФЕДРЫ НОРМАЛЬНОЙ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ С КУРСОМ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ТИПОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА ОШГУ Сакибаев К.Ш., Аблазова Г.А., Орозалиева Н.К., Жороева А.К., Суюнбаев А.Х.	736
ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ДАННЫЕ В ОТНОШЕНИИ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ВИЧ – ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ: ПУТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ. Салахиддинов З.С., Кодиров Д.А., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю.	737
ОЦЕНКА СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. АНДИЖАНА Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К.	738
ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ МОЛОЖЕ 25 ЛЕТНОГО ВОЗРАСТА Салиев К.К, Салиев Д., Солиев А.К.	739
КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ: ДИНАМИКА, ТИПОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, ПРОФИЛАКТИКА Салиев М.М., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Азимова Г.А.	742
НЕЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ, СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Салиев М.М., Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К., Муминов Р.К.	744
ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Мамажанова М.М.	746
НЕКОТОРЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЛАТНОЙ И БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНЫ Салиева М.Х., Юсупов К.М., Насриддинова М.А.	747



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ	749
Салиева М.Х., Халмирзаева С.С., Салиева М.Р.	
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В УСЛОВИЯХ Г.АНДИЖАНА	750
САЛОХИДДИНОВ А., КАЛАНДАРОВ Д.М., МАМАСАЛИЕВ Н.С., УСМОНОВ Б.У.	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	751
Салохиддинов Н.А., Соткинов Г., Холматов К.К., Тиллаболдиев А.Р.	
СПОСОБ ПОДГОТОВКИ К РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТЬЮ	752
Саматов.У.А	
ИММУНОПАТОГЕНЕЗ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	753
Арифходжаева А.Т., Нишанова Д.В., Санакулов А.Б.	
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ И ТИПЫ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ УСТРОЙСТВ	755
Санакулов Ж.М., Саидов М.А., Низамов Х.Ш., Рахматуллаев А.А., Худайбердиев М.Т., Абдуллаев Ж.Б.	
АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНО-ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С РЕСТЕНОЗОМ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ).	756
Санакулов Ж.М., Рахматуллаев А.А., Кушназаров Р.С., Худайбердиев М.Т., Абдуллаев Ж.Б.	
ГЕТЕРОГЕННЫЕ ФОРМЫ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ И ХАРАКТЕРНЫЕ К НИМ АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ	758
Санакулов Ж.М., Низамов Х.Ш., Рахматуллаев А.А., Кушназаров Р.С., Худайбердиев М.Т., Абдуллаев Ж.Б.	
ПОРАЖЕНИЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ: АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДАННЫЕ, ОСНОВАННЫЕ НА СОБСТВЕННОМ ОПЫТЕ	759
Санакулов Ж.М., Саидов М.А., Кушназаров Р.С., Рахматуллаев А.А., Худайбердиев М.Т., Абдуллаев Ж.Б.	
ПОСЛЕ ДИСКЭТОМИЙ НА ФОНЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ	761
И.К. Сапин, А.А. Андреев, К.А. Сапин	
МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ	762
Сапиохунова Х.М., Салиева М.Х., Хасанова Ш.А.	
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ХРОНИЧЕСКОМ ЦЕРВИЦИТЕ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ	763
Сатимова Ш.М., Махмудова М.О.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ Саттаров Ж.Б., Хайдаров Н. С.	764
ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ Хайдаров Н. С., Саттаров Ж.Б.	765
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Сахибова М.Д., Касимова Г.З., Ашуралиева М.А.	766
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ БЛОКАДЕ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ Собиров С.М	768
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОМБИНИРОВАННОЙ БЛОКАДЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА Собиров С.М	770
СРАВНЕНИЕ ВЕЛИЧИНЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ И УРОВНЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ Собиров М.С.	771
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА, Собирова Н.Р.	773
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНОГО ИЗМЕНЕНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ Собирова Н.Р.	774
НЕЙРОЛЕПТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ Содикжонов Х. Салиев М.М., Аграновский М.Л., Муминов Р.К	776
КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОПУЛЯЦИИ НАРКОМАНОВ Содикова Д.Т., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Курбонова Р.Р., Усмонов Б.У.	778
ОСОБЕННОСТИ МОНИТОРИРОВАНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ТЯЖЕЛЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ Содикова Д.Т., Мамасолиев Н.С., Салохидинов А., Каландаров Д.М., Усмонов У.Б.	778



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



НЕЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ, СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	780
Содиқжонов Х. Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М.	
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С	781
Соипова Г. Г.	
ЭЛАСТОГРАФИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ	784
Соипова Г.Г. 1, Рашидова Х.А.2	
ПРОЦЕССЫ РЕПАРАЦИИ ДНК КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ТЕСТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ.	787
Солиев А.К., Линцов А.Е, Шапорова Н.Л., Солиева М.И.	
ИССЛЕДОВАНИЕ СИНТЕЗА РЕПАРАЦИИ ДНК В ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РАЗЛИЧНОГО ФЕНОТИПА И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.	788
Солиев А. К., Линцов А. Е., Трофимов В. И.	
МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ	789
Солиев Д.М., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х.	
СЕМЕЙНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПРИ НАРКОМАНИЯХ ГИПНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	791
Солиев Д.М., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.	
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ	792
Солиева М.О	
МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	794
Солиева М.О.	
РОЛЬ ОЦЕНКИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ	795
Солиева Р.Б.	
ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ	796
Солиева Р.Б.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС	797
Сотволдиева М.Ш	
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ИШЕМИЮ	799
Сотволдиева М.Ш..	
КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ	801
Султанова Л.Р., Юсупалиева Г.А., Абзалова М.Я., Толипова С.М.	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО СХЕМЕ CAF.	802
Султонкулова М.К., Жалолов О.К., Джалолова Ф.М., Алиева М.У., Абдумаликова Ш.М	
ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.	803
Султонкулова М.К., Сотволдиев К.Х., Жалолов О.К., Ибрагимова М.С., Абдумаликова Ш.М.	
ЙОДОДЕФИЦИТНАЯ СОСТОЯНИЯ С НЦД И ИХ ПРОФИЛАКТИКА У ПОДРОСТКОВ	803
Султанова Ф.Х, Арзикулов А.Ш.	
ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВОДЫ, ОБОГАЩЕННОЙ МОЛЕКУЛЯРНЫМ ВОДОРОДОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.	805
Сундеев А.С.1, Глухов А.А.2, Андреев А.А. 2	
ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРКУТАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	807
СУПХОНОВ У.У., Эранов Ш.Н.	
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА	808
Сурхонов Т.У., Нормурадова Н.М., Абзалова М.Я.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ ЖИТЕЛЕЙ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА.	809
Таджибаев Ш.А., Абдурашидов Ф.Ш., Азизов Д.Т.	
СИМУЛЬТАННЫЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ И ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ: ЭВОЛЮЦИЯ ПРОБЛЕМЫ.	811
Таджибаев Ш.А., Абдурашидов Ф.Ш., Азизов Д.Т.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



К ПРОБЛЕМЕ ОЦЕНКИ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.	814
Таджибаев Ш.А., Абдурашидов Ф.Ш.	
ПРОФИЛАТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.	816
Таджибаев Ш.А., Абдурашидов Ф.Ш., Азизов Д.Т.	
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ	818
Таджиханова Д.П., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А.	
ПРОФИЛАТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ	819
Таджиханова Д.П., Шамсиев Ф.М.	
МОБИЛЬНАЯ МАММОГРАФИЯ В ПРОФИЛАТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	821
Ташматова Ю.Ж., Мамарасулова Д.З., Султонкулова М.К.	
МОБИЛЬНАЯ МАММОГРАФИЯ НА ЭТАПАХ СКРИНИНГА В ПРОФИЛАТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	822
Ташматова Ю.Ж., Мамарасулова Д.З., Султонкулова М.К.	
ДЕЙСТВИЕ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАТИКИ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	823
Таштемирова И.М., Саматов Д.А., Мухаммаджонов И., Кодирова Г.И., Юсувалиев М.Д.	
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОТВИСЛЫМ ЖИВОТОМ	825
Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З., Назирхужаев Д.К., Юнусов М.И. \ Тешабоев А.М., Хасанов Н.Ф., Расулов Ф.Х	
ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА КОНКУРЕНЦИЮ АНТИГЕНОВ В ИММУННЫМ ОТВЕТЕ	827
Тешабоев А.М., Хасанов Н.Ф., Расулов Ф.Х.	
ИННОВАЦИОННАЯ БИОТЕХНОЛОГИЯ В МЕДИЦИНЕ	829
Тиркашева М.Б., Баратова Р.Ш.	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЩЕГО ПОЛИПОЗНОГО ЭТМОИДИТА	830
Тожибоев А.А.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ПОЛИПРАГМАЗИИ С ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ	832
Тошмаматов Б.Н., Номозов Н.З.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЛОСТИ РТА	833
Тошпулатов А.М., Ахмадалиев Х.С., Косимова М.О.	
ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.	835
Туйчиев И.К., Разаков Ш.М, Сайфуддинов С.З., Камолитдинов Х.С.	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ	836
Тураева Г.Ю	
МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.	837
Тураева Г.Ю.	
ЧАСТОТА ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВЫТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	838
Туракулова Х.Э. Арзибеков А.Г.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	839
Туракулова Х.Э. Арзибеков А.Г.	
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ КИШЕЧНЫХ СТОМАХ	840
Тургунбоев А.А., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Эгамов С.Ш.,	
УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ	843
Тургунов Ш.Ш., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б.А	
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОБОСНОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	844
Тургунов Ш.Ш., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б.А	
ВОЗМОЖНОСТИ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕПОРОЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ	846
Турдиев Ф.Э., Ахралов Ш.Ф., Бекимбетов К.Н., Ортикбоева Ш.О. Турдиев Ф.Э., Умарова У.А., Бекимбетов К.Н.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



РОЛЬ ИЗМЕНЕНИЕ СИТЕЗА ОКСИДА АЗОТА В ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ КОВИД 19	848
Каримова Н.А., Бобомуродов Т.А., Турсунбаев А.К.	
ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ	850
Тухтамуродов Х.Х., Хайритдинов Б.Б., Хайитов У.Х	
ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРИ НЕКОТОРЫХ МАЛЫХ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ	851
Улугбеков М.О., М.Ш.Ганиева	
ЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПРОЦЕСС КЛЕТЧНОГО СТАРЕНИЯ	852
Улугбекова Г.Ж., Фозилжонов О.Ш,	
АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОМИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПИЩЕВОДА	853
Улугбекова Г.Ж., Фозилжонов О.Ш,	
ОСОБЕННОСТИ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПОПЛАЗИИ ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ	855
Улугмуродова К.Б., Якубов Р.К	
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ	856
Умаров Ф.Х., Матанов З.М.	
ВЛИЯНИЕ ШКОЛЬНЫХ НАГРУЗОК НА СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.	857
Умарова М.А.	
ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НА ОРГАНИЗМ ДЕТЕЙ.	858
Умарова М.А.	
ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПОКСИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	859
Умарова У.А., Абзалова М.Я., Ахралов Ш.Ф	
ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ГИПОКСИЧЕСКИИШЕМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ	860
Умарова У.А., Манашова А.Р., Турдиев Ф.Э.	
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ СРЕДИ НАРКОМАНОВ	861
Умурзаков О.Т., Мамасолиев Н.С., Содикова Д.Т., Мамасолиева Ш.А., Усманов Б.У	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.	862
Ураков Ш.Т., Махманазаров О.М.	
ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИИ СЕМЬИ И ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	864
Ураков Б.Ш,	
РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ, РЕАЛЬНАЯ И ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ	865
Уринбоев Б. Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.	
ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МАММОСКРИНИНГА ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОПЛАЗИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	867
Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Ибрагимова М.А	
ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ	868
Уроков Ш.Т., Холиков Ф. Й.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОСКИТОВ В ОЧАГАХ ЛЕЙШМАНИОЗОВ В ДЖИЗЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ	869
Усаров Г.Х.1,2, Халиков К.М.1 Ибрагимов А.А1	
ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНОЙ И ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	870
Усманова Г.К., Миноваров А.А., Салиева М.Х.	
ПАРАТОНЗИЛЛЯР АБСЦЕСС КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВО САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ.	872
Н.А Усмонова., К.К Косимов	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА БИЛИАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДПРИНЯТОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИ Усмонов Х.А СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СТОМАХ	873
Усмонов Х.А.	
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СТОМАХ	874
Усмонов Х.А	
ПРОФИЛАКТИКА ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ УЗБЕКИСТАНА Усмонов Б.У., Мамасалиев Н.С., Хакимова З.К., Мамасалиев З.Н., Каландаров Д.М.	875



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ КОМОРБИДНОСТЬЮ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Усмонов У.Д., Бурхонов Ф.Д.	876
ВОЗМОЖНОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ Усмонов У.Д., Косимов Ш.Х.	878
ДИСФУНКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ Усмонов У.Д., Ниязов М.Ш	879
СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ Усмонов У.Д., Ниязов М.Ш	881
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ СДВИГИ КАК МАРКЕРЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМ Файзуллаева Х.Б., Назарова Г.Ш. Халиков К.М	882
ДИЕТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Фаттахов Н, Абдулхакимов А, Тўйчибеков Ш, Исроилов М.	884
ГИРУДОТЕРАПИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ Фаттахов Н., Абдулхакимов А., Тўйчибеков Ш., Исроилов М., Тияходжаева Г.Б	884
ЛЕЧЕНИЕ ПИЯВКАМИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ Фаттахов Н, Абдулхакимов А, Тўйчибеков Ш, Исроилов М,.	885
ГИРУДОТЕРАПИЯ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ Фаттахов Н, Абдулхакимов А, Тўйчибеков Ш, Исроилов М	886
ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ТАЛАБАЛАРИНИНГ ЎҚУВ ЖАРАЁНИДА ПСИХИАТРИЯ ФАНИДАН СИМУЛЯЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ Фозилжонов О.Ш., Аграновский., М.Л., Абдуқодирова З.Б., Мўминов Р.Қ	887
ТРЕВОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Фозилжонов О.Ш. Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М.	888
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ГАНГРЕНАХ Мусашайхов Х.Т., Косимов А.Л., У.Х.Мусашайхов, Ф.Д.Икрамова	890



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ - ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. Мусахайхов Х.Т., Косимов А.Л., Ш.М.Мусахайхова, С.М.Ахмадалиев.	892
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ Хазраткулов Р.Б., Рузикулов М.М., Расулов Ш.О., Бурнашев М.И., Ким А.А.	894
« ОЦЕНКА ДОППЛЕРОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И БЕЗ ДО И ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ СОСУДОВ» Хайдаров М.О., Камалов Т.Т., Мирзаев К.К.	895
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Хайдаров Н.С., Ходжиев Х.М., Тойчиев Б.А., Набижонова Д.Й.	896
ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА Кодирова Г.И., Хайдарова Н.Б., Таштемирова И.М.	898
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ Хайритдинов Б.Б., Хурshedжон Х.Т. Хайитов У.Х.	899
СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И АНТИСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ Хакимов Д.М., Мирзабаев Г.Э., Касимов Н.А., Бобаев У.Н	900
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ ДОСТУПА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ Хакимов Д.М., Мирзабаев Г.Э., Бобаев У.Н., Касимов Н.А	902
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б.	904
РАЗРАБОТКА НОВОГО МЕТОДА ПЛАЗМОСОРБЦИИ С УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРНЫМ ОБЛУЧЕНИЕМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б.А., Минаваров Н.Ю	906
ШКАЛА ОЦЕНКИ СТАДИИ ДИСЛОКАЦИОННОГО СИНДРОМА. М.Н. Хакимов, А.Б. Мамадалиев	908
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ. Хакимов М.Н., Кариев Г.М., Худайбердиев К.Т., Мирзаюлдашев Н.Ю	909



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА	910
Хакимов О.С., Отакузиев А.З., Мадвалиев Б., Шокирова Г.О	
ПОКАЗАТЕЛИ ФЕРМЕНТА ПЕПСИНОГЕНА И БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ	912
Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т., Арзибекова У.А	
ОБРАЗ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	913
Хакимова З.К., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасолиев З.Н	
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ОБУЧЕНИИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛГОЖИТЕЛЯМ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	914
Хакимова З.К., Камиллов Х.М., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Мамасалиев З.Н	
ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ В ГЕРИАТРИИ	915
Халилов А.Н., Эшонхужаев О.О., Умархужаева М.И.	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ИЗ ВЕРХУШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	916
Хамидов И.Н., Турсункулов И.К., Махмудов А.Х., Аскарлов И.К., Ачилова Ш.С	
ОСОБЕННОСТИ РЧА ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОЕДИНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПИРАМИДАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ	917
Хамидов И.Н., Турсункулов И.К., Махмудов А.Х., Истамова С.С, Кушназаров Р.С	
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРОМАЛЬНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРОСТАТЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	918
Хамраев О.А., Рустамов У.М., Садикова Д.И.	
ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЦЕНТРЫ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ	920
Хамраев О.А., Рустамов У.М., Садикова Д.И.	
ПРОВЕСТИ ОЦЕНКУ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ В НОРМЕ И ОСОБЕННОСТЕЙ ХАРАКТЕРА ЕЕ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.	921
Хамроев Х.Н.	
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ	923
Ханкелдиева Х.К.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Ханкелдиева Х.К.	924
ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Хасанов Д.Ш., Мамарасулова Д.З., Урманбоева Д.А	925
ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИСТРЕССОВОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ РИНОСЕПТОПЛАСТИКЕ Хасанов К.У	926
ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ИСКУССТВЕННЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ Хасанов К.У	927
ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ Хасанов К.У.	929
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛГЕЗИИ НА ПРОВЕДЕНИЕ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА Хасанов Ш.Н	931
КОМБИНИРОВАННАЯ РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ С ВЫКЛЮЧЕНИЕМ СОЗНАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА Хасанов Ш.Н	932
ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ Хасанов Ш.Н.	934
ПЕРФУЗИОННАЯ СЦИНТИГРАФИЯ ЛЕГКИХ В ОЦЕНКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ЛЕГОЧНОЙ ПАРЕНХИМЕ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНУЮ ПНЕВМОНИЮ, ВЫЗВАННУЮ ВИРУСОМ SARS-COV-2 Хафизов М.М., Байков Д.Э., Ахмадеева Л.Р., Иткулов А.Ф., Хафизова Р.Р	935
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ СНИЖЕННОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ Проф. Ходжанов И.Ю., д.м.н. Умаров Ф. Х., Матанов З.М.	937
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ Ходжиахматова Р.Ю., Салиева М.Р., Усманова Г.К.	939



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ У ДЕВОЧЕК ОСЛОЖНЕНИЙ Ходжиев Х.М., Тойчиев Б.А., Абдубоситов А.А	941
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ Ходжиматов Г.М., Яхёев С.М., Турсунбоев А.К., Юлдашев Х.А., Умурзаков О.	942
ОЦЕНКА ОСТРЫЙ ТОКСИЧНОСТИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА ПРИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫМ ВВЕДЕНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Умматалиев Б.Т., Мирзабаев Г.Э., Бобаев У.Н., Минаваров Н.Ю	945
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАМАХ Ходжиматов Г.М., Яхёев С.М., Турсунбоев А.К., Юлдашев Х.А.	946
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНОРАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Хожиметов Д.Ш.	948
ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ И КЛИНИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ АНЕМИИ ПРИ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА Холматова Г.А., Бекташева Г.М	950
ОЦЕНКА МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ДИАБЕТА ПРИ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА Холматова Г.А., Бекташева Г.М.	951
СОВРЕМЕННАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Хомидова Г.Ж.	953
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОВ К УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ДИАГНОСТИКУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ Хомидова Г.Ж.	954
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Хошимов А.	956
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРИМЕНЕНИЕ АУТОПЛАЗМЫ МОДИФИЦИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ Хрячков В.И., Андреев А.А., Степанов И.В.	958
ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НОВОГО СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ Худайбергенов Ш.Н., Турсунов Н.Т	960



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ	962
Худайбергенов Ш.Н., Турсунов Н.Т	
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ А-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ	964
Хужамбердиев У.Э.	
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ А-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ	966
Хужамбердиев У.Э.	
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРТРОФИИ НОСОГЛОТОЧНЫХ МИНДАЛИН	968
Хусанов Ш.Р., Касимов К.К.	
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	969
Чартаков А.К., Чартакова Х.Х. Чартаков К.	
ВОПРОС У ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ	970
Чартаков А.К.	
ФАКТОРЫ РИСКА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА СИСТЕМНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	971
Шаисламова Н.А., Мусаджанова Л.Х., Азимова Н.З., Рахимходжаева Ш.А., Ганиева Н.С.	
АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В АНАМНЕЗЕ	972
Шаматкова С.В. ¹ , Киреева О.К. ² , Иванова Е.В. ³ , Арзамазова К.В. ¹	
ЗНАЧЕНИЕ БИОМАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	975
Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Исмоилова Ш.С., Шамсиев Б.М.	
БИОЛОГИЧЕСКАЯ И ДИЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЗЕРНОВОЙ ПРОДУКЦИИ СОРГО ПО АМИНОКИСЛОТНОМУ СОСТАВУ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	976
Шамуратова Н.Ш., Рузимов Х.И., Рузметова Д.А.	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ	977
Шарипов И.Л.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП Шарипов И.Л., Холбеков Б.К.	979
КРИТЕРИЙ ДЛЯ УСПЕШНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ БЕЗ ПРИДАНИЯ ПАЦИЕНТУ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕНДЕЛЕНБУРГА Шаробиддинов М.З	980
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕРМИЯ КАК СПОСОБ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ Шаробиддинов М.З.	981
ПРИМЕНЕНИЕ ИНФУЗИОННЫХ АНТИГИПОКСАНТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ Шаробиддинов М.З	983
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРКУТАННОЙ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ. Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А. Бозоров О.Р..	984
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРКУТАННОЙ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ . Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А. Бозоров О.Р..	987
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН Шералиева Гулчирой Муроджон кизи	988
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ФОРМ ГЕСТАЦИОННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Шералиева Г.М.	991
СОЦИАЛЬНО – ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХЕЛИКОБАКТЕР АССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ 1Шодиева М.С., 2Худойбергганов М.Р	993
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Шоюнусова Н.Ш., Жуманова Л.А., Хасанова Ш.А., Мирзаева М.М.	994
КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ Ю.С. ЭГАМОВ., АЗИЗОВ Д.Т., ИБРАГИМОВА М.А., ЛАТИПОВ Р.Ж.	996



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНГАЛЬНЫХ ЯЗВАХ	999
Эгамов С.Ш., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Тургунбоев А.А.,	
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ	1001
Эгамов С.Ш., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Тургунбоев А.А.	
ПРОФЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	1002
Эгамов Ю.С., Ибрагимова М.А., Сулаймонов Х.Ж.	
ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЕ У ДЕТЕЙ.	1004
Ходжанов И. Ю. Эдилов У.А.	
ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ВЫЧИСЛИТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАЗРАБОТКЕ ИННОВАЦИОННЫХ ПРОДУКТОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	1005
Эргашев Х.М	
ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ИСКУССТВЕННЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ	1007
Эргашев Х.М	
ЛАКТАТ КРОВИ ПРИ РЕСТРИКТИВНОМ ПОДХОДЕ К ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ	1009
Эргашев Х.М.	
ПОДГОТОВКА ШЕЙКИ МАТКИ ПРОСТОГЛАНДИНОМ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ	1011
Эркинова Н.Г., Юлдашева О.С	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ	1012
О.Ш. Эшонов., А.Р.Ярашев., С.С.Султанов.,Б.И.Курбанов.,Ж.К.Шабаев	
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ ВЫЗВАННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМИ ШТАММАМИ	1014
Эшонхужаев О.О., Халилов А.Н., Умархужаева М.И.	
АКТУАЛЬНОСТЬ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХОБЛ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	1015
Эшонхужаев О.О., Халилов А.Н.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМ СИНДРОМОМ ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА	1016
Югай И.А.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ	1018
Юлдашев М.А., Тошбоев Ш.О., Бозоров Ш.Т.,	
ОЦЕНКА ОТНОСИТЕЛЬНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ В СВЯЗИ С АЛИМЕНТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА У ПОПУЛЯЦИИ НАРКОТИЗИРУЮЩИХСЯ НАСЕЛЕНИЯ Г.АНДИЖАНА	1019
ЮЛДАШЕВ Р.Н., УСМАНОВ Б., МАМАСАЛИЕВ Н.С., КАЛАНДАРОВ Д.М., КУРБОНОВА Р.Р.	
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК: ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ С ДОППЛЕРОГРАФИЕЙ	1020
Юлдашев Т.А., Юсупалиева Г.А., Улугмуродова К.Б.	
ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	1021
Юлдашев У.Ш., Ахмедов Г.К	
К ВОПРОСУ СОВРЕМЕННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	1022
Юлдашев Ш.1, Райимов Г.Н.2, Низамов Ё.У.1, Ахмадалиев Ш.2	
COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА АСОРАТЛАР РИВОЖЛАНИШИДА ХАМРОҲ КАСАЛЛИКЛАР АҲАМИЯТИ	1024
Юлдашев Я.М., Акбаров Н.Ш.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРЕПАРАТАМИ УСИЛИВАЮЩИЙ ЭРИТРОПОЭЗ	1025
Доц Юлдашева Н.Э	
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ	1027
Юлчиев К.С. Носиров С.А.	
МЕТОДЫ ТОРАКОПЛАСТИКИ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ ПЛАСТИНАМИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ РЕБЕР	1028
Юлчиев К.С	
ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ	1031
Юлчиева С.Т., Расулов Ф.Х., Хасанов Н.Ф.	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	1032
Юнусов Д.М., Арифходжаев А.Т., Бахаваддинова З.М.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ НАРУШЕНИИ ЗРЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	1034
Юнусов Д.М	
ФИЗИОЛОГИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	1035
Юнусов Д.М	
МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	1036
Юсупалиева Г.А., Абдуллаева А.З., Цой Е.А	
ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ	1037
Юсупалиева Г.А., Абзалова М.Я	
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА У ДЕТЕЙ	1039
Юсупалиева Г.А., Ахмедов Э.А	
ДОПплЕРОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	1040
Юсупалиева Г.А., Даминов Б.Т., Юлдашев Т.А.	
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ	1041
Юсупалиева Г.А., Манашова А.Р.	
ПРИМЕНЕНИЕ ДОПплЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ	1042
Юсупалиева Г.А., Султанова Л.Р., Абзалова Ш.Р., Ахмедов Э.А.	
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ	1043
Юсупалиева Г.А., Султанова Л.Р	
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ	1045
Юсупалиева Г.А., Цой Е.А., Абдуллаева А.З	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ	1046
Юсупов Ж.К., Абдуллажанов Б.Р., Бабаджанов А.Х.	
ОЦЕНКА ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В РАНЕ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ	1048
Юсупов К.А., Абдуллажанов Б.Р., Садыков Р.А., Юсупов Ж.К.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И СЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	1050
Юсупова Ш. К, Абдуразакова Д. С, Сайфуддинов Д.С	
МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОКЦИГОДИНИИ	1053
Юсупова И.А.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ	1053
Юсупова И.А	
ПЕРВИЧНЫЙ МИОКАРДИТ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА	1054
Юсупова М.М., Солиев А., Набижонова Д.	
ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В И С	1055
Юсуфжонов Д.Д, Ахмаджонов Д.Е.	
КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА КРОВИ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ МИОПИИ	1057
Икромов О.А.,Икрамов Д.А.	
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА	1060
Яшков А.В.,Боринский С.Ю.	
ПРОДУКТИВ ИНФАРКТОЛОГИЯНИ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ДОЛЗАРЬ МАСАЛАЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ИСТИҚБОЛГА ЙЎНАЛИШИ.	1062
Мамасолиева Н.С , Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р.,	
ФОБИК БУЗИЛИШЛАР БИЛАН КУЗАТИЛГАН НЕВРОЗГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА ПСИХОТЕРАПИЯ	1063
Абдуқодирова З.Б., Аграновский., М.Л., Фозилжонов О.Ш.,Мўминов Р.Қ.	
ЯКИН КАРИНДОШЛАР ОРАСИДАГИ НИКОХДАН ТУГИЛГАН БОЛАЛАРДА РУХИЙ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ	1065
Абдуқодирова З.Б., Аграновский., М.Л., Фозилжонов О.Ш., Мўминов Р.Қ.	
БУЙРАК ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ РЕЦИДИВЛАНИШИ УЧУН ХАВФ ОМИЛЛАРИ: КЕНГ ҚАМРОВЛИ МЕТА-ТАҲЛИЛ	1067
Абдулазизов С.А., Эргашев Б.А.	
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДА ПРОФИЛАКТИК ЙЎНАЛИШНИНГ УСТУВОРЛИГИ - АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИНИ АНИҚЛОВЧИ ВА БЕЛГИЛАБ	1068



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



БЕРУВЧИ ҲАРАКАТЛАНТИРУВЧИ КУЧ СИФАТИДА	
Абдуллаев И.К.	
СИСТЕМАЛИ ҚИЗИЛ БЎРИЧА КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ЭРКАК ВА АЁЛЛАРДА “COVID-19” ВИРУСИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ, ХУСУСИЯТЛАРИ ВА АСОРАТЛАНИШ ҲОЛАТЛАРИНИ ЎРГАНИШ	1070
Абдуллаев Ж.У., Назарова Г.У.	
ВИТИЛИГО БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОЛЛАРДА УЛТРАБИНАФША ЭКСИМЕР ЛАЗЕР ФОТОТЕРАПИЯСИНИНГ КЛИНИК ВА ИММУНОЛОГИК АСОСЛАНИШИ	1071
Абдурахманов М.М., Латипов И.И	
РИНОСИНУСИТЛАРНИ БОШ МИЯ ФАЛАЖИ БОР БОЛАЛАРДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДА ЎЗИГА ХОС ЁНДАШИШ	1073
Абдурахмонов И.Р., Нуралиева Г.Б	
РУХИЙ КАСАЛЛИКЛАРДАГИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА	1076
Бажарди: Уринбоев Б. Тиббий профилактика йўналиши 402 А гуруҳ талабаси, Илмий раҳбарлар: Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М	
ЧАҚАЛОҚЛАРДА ХИРУРГИК ТУҒМА РИВОЖЛАНИШЛАР ИЧИДА ҚИЗИЛЎНГАЧ АТРЕЗИЯСИНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ (Андижон вилояти мисолида)	1077
Ажимаматов Х.Т	
ЖИГАР ЦИРРОЗИНИНГ ТАРҚАЛИШ ЧАСТОТАСИНИНГ ГЕНДЕРЛИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА 21 ЙИЛЛИК ЎЗГАРИШЛАРИНИ АНДИЖОН ШАРОИТИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ.	1078
Асқаров И.Р., Мамасолиев Н.С., Хакимов Н.С., Усмонов Б.У., Каландаров М.	
ОНА СУТИ БИЛАН ОВҚАТЛАНТИРИШНИНГ ГЎДАКЛАР САЛОМАТЛИГИГА ТАЪСИРИ	1079
Атажанов Х.П., Оллаберганова Ш.М..	
ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ЭШЕРИХИОЗ ИНФЕКЦИЯСИНИ ОВҚАТЛАНИШ ТУРЛАРИГА БОҒЛАБ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ	1081
Атажанов Х.П., Якубов Д.М., Оллаберганова Ш.М.	
ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНИНИ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОЛЛАРДА ТАРҚАЛИШИ	1082
Ахмадалиева У.К., Салоҳиддинов З.С., Максумова Д.К., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.	
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ТУРЛАРИНИНГ ЭРКАКЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ТАРҚАЛИШИ	1083
Ахмадалиева У.К., Салоҳиддинов З.С., Валиева М.Ю., Алибеков Ш.О., Б.Б.Кадиров	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЦИТОЛОГИК УСУЛДА БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОННИ ТАШХИСЛАШГА ДОИР. Ахмедов У.Х., Эшқобилов Т.Ж.	1084
ЗОТИЛЖАМ БИЛАН ОҒРИГАН ИЛК ЁШДАГИ ТАНГЛАЙ –ЛАБ КЕМТИКЛИГИ НУҚСОСИ БОР БОЛАЛАРНИНГ КЛИНИК ТАВСИФИ. Ахрорхонов Рустамхон Акмалхон ўғли	1085
БОЛАЛАРДА ТИРСАК БЎҒИМИДА КОНТРАКТУРАЛАР ВА ДЕФОРМАЦИЯЛАРНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ Ахтамов А., Юсупов Х.Қ., Ахтамов А.А.	1087
ХОРАЗМДА КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРНИНГ КЎКРАК ҚАФАСИ ТУЗИЛИШИДАГИ КЎРСАТКИЧЛАРНИ ГИГИЕНИК ТАХЛИЛИ. Ачилова И.Қ., Иноятова Н.Н.	1089
КЛИМАКТЕРИК ДАВРДАГИ АЁЛЛАР ЎРТАСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ КЕЧИШИНИ БАХОЛАШ Бахриддинова Н.М., Таштемирова И.М., Қодирова Г.И.	1090
ОИЛАВИЙ ШИФОКОР ИШ ФАОЛИЯТИДА АХОЛИ ЎРТАСИДА РАЦИОНАЛ ОВҚАТЛАНИШ БЎЙИЧА ТАРҒИБОТ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ Бойқўзиева М.Б., Назарова Г.У	1091
КОБАЛЬТ-ХРОМ АСОСИДА ИШЛАБ ЧИҚИЛГАН ҚОН ТОМИРСТЕНТЛАРИНИ БИОЛОГИК МУВОФИҚЛИГИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ Ботиров М.Т., Норматова Ш.А., Мамажонов М.М.	1092
ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР ФОНИДА ЭМЛАНГАН БОЛАЛАРДА ИММУНИТЕТНИ ШАКИЛЛАНИШИ. Бутабоев Я.Т. Джураев М.Ғ.	1095
РАҲБАР ХОДИМЛАР СТРАТЕГИК ЗАХИРАСИГА НОМЗОДЛАРНИ ТАЙЁРЛАШ ДАСТУРЛАРИДА АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИНИ САҚЛАШ, ПРОФИЛАКТИКА ТАМОЙИЛЛАРИНИНГ ЎРНИ Хакимов В.А., Асадов Д.А., Мамажонов Ш.О., Шаюнусов Б.С.	1097
ФАРҒОНА ВИЛОЯТИ ГЕРОНТ АХОЛИСИДА БИЛИАР ПАНКРЕАТИТ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ Д.М.Суюнов М.М.Мадазимов	1099
СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ В ВА С НЕГИЗИДА РИВОЖЛАНГАН ЖИГАР ЦИРРОЗИ АНИҚЛАНГАН БЕМОРАЛДАРДА СИЙДИҚДА КОЛЛАГЕН IV КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЎРГАНИШ. Жўраева М.А., Абдулазизхожиев Б.Р. , Ашуралиева Н.Д., Ашуралиева М.А	1101



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ГЕПАТИТ В ВА С НЕГИЗИДА РИВОЖЛАНГАН ЖИГАР ЦИРРОЗИ АНИҚЛАНГАН БЕМОЛЛАРДА БУЙРАКЛАР ФУНКЦИОНАЛ ЗАҲИРАСИНИ БАҲОЛАШ.	1103
Ашуралиева Н.Д., Жўраева М.А., Ашуралиева М.А	
БОЛАЛАР ЛИМФОЦИТАР ЛЕЙКОЗИНИНГ ЎЗИГА ХОС ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ	1104
З.Ш. Салаева., А. Жуманазаров	
СУТ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА АНИҚЛАШДА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ	1105
Зияева С.Т., Урманбаева Д.А., Расулова Д.К.	
COVID-19 КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ БИЛИМЛАРИНИ ЎРГАНИШ Ибадуллаева Севара Салийбаевна. СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ АСОСЛАРИ	1107
Ибадуллаева С.С., Дусчанов Б.А.	
СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ АСОСЛАРИ	1107
Ибадуллаева С.С., Дусчанов Б.А.	
АЛЛЕРГИК РИНИТНИ УЧРАШ ЧАСТАТАСИНИ БАҲОЛАШ.	1108
Иноятова Н.Н. Матязова Ф.Р.	
БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ИНГИЧКА ИЧАК ВА ЙЎҒОН ИЧАК ЖАРОХАТИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ	1110
Исаков Н.З., Тўрақулов З.Ш., Комилов Р.Р.	
ЎСМИРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШИГА АЛОҚАДОР ЭПИДЕМИОЛОГИК ХАТАР ОМИЛЛАРИНИ КИЁСИЙ ТАВСИФИ	1111
Каландаров Д.М., Мамасолиев Н.С., Юлдашев Р.Н., Мамасолиев З.Н.,	
БОЛАЛАРДА КАСАЛХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯНИ МАРКАЗИЙ АСАБ ТИЗИМИ БУЗИЛИШЛАРИ БИЛАН КЕЧИШИ	1113
Каримджанов И.А., Тоғаев М. Қ	
БОЛАЛАРДА КУЙГАНДАН КЕЙИНГИ ЧАНДИҚЛИ ДЕФОРМАЦИЯ ВА БУҒИМЛАР КОНТРАКТУРАЛАРИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛИ.	1114
Кетмонов А.Ғ., Комилжонов А.О., Рахмонов А.М.,	
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ТУРЛИ АҲОЛИ ГУРУҲЛАРИДА КУЧАЙТИРИШ ЖИҲАТЛАРИ	1115
Курбонова Р.Р., Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Мамасолиева Ш.А., Ботиров Ж.А.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



АРТЕРИАЛ ГИПОТЕНЗИЯНИ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА УНГА ОИД ДАВОЛАШ АМАЛИЁТИНИ МУВОФИҚЛАШТИРИШНИ ИЛМИЙ АСОСЛАРИ КУРБОНОВА Р.Р., МАМАСОЛИЕВА Ш.А., УСМОНОВ Б.У., МАМАСОЛИЕВ Н.С.,	1116
АНДИЖОН ШАҲРИ АҲОЛИСИДА СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТЛАРНИ ТАРҚАЛИШИ ВА ГЕНДЕРЛИК ХУСУСИЯТЛАРИ (21 ЙИЛЛИК КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИК МОНИТОРИНГ). Курбонова Р.Р., Мамасолиев Н.С., Асқаров И.Р., Хакимов Н.С.,	1117
СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТЛАРНИ АНЪАНАВИЙ ВА НОАНЪАНАВИЙ (ҲАЛҚ ТАБОБАТИ) ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ АЛГОРИТМИ. Қаландаров М., Мамасолиев Н.С., Асқаров И.Р., Хакимов Н.С., Қаландаров Д.М.	1118
САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А НИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ. Қобилов Н.Н.	1119
ВИТИЛИГО БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРАЛДАРДА УЧУН ИШЛАБ ЧИҚИЛГАН МОДИФИКАЦИЯЛАНГАН ИММУНОКОРЕКТИВ КОМПЛЕКС ДАВОНИНГ ДҲСИГА ТАЪСИРИ Латипов И.И	1121
“UZ АВТОМОТОРС” ЖАМИЯТИДА СТРЕССГА МОЙИЛ ХОДИМЛАРИДА СИМПАТО– АДРЕНАЛ ТИЗИМ ФАОЛИЯТИНИ БАХОЛАШ ВА ТАЛИЛ ҚИЛИШ Мамажонова З.К., Кодирова Г.И., Мадаминов И.К.	1124
ИЗОЛИРЛАНГАН СИСТОЛИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИНГ ФЕРМЕРЛИК ФАОЛИЯТИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ АҲОЛИ ОРАСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАФСИЛОТЛАРИ Мамасолиев З.Н., Нишонова Н.А., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Қаландаров Д.М.	1125
ФЕРМЕРЛИК ФАОЛИЯТИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ АҲОЛИ ОРАСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ИЖТИМОЙ ОМИЛЛАРИ Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Ботиров Ж.А., Мамасолиев З.Н.	1126
ПРОДУКТИВ ИНФАРКТОЛОГИЯНИ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ДОЛЗАРБ МАСАЛАЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ИСТИҚБОЛГА ЙЎНАЛИШИ. Мамасолиева Н.С., Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р	1128
МИОҚАРД ИНФАРҚТИНИ СҚРИНИНГ НАТИЖАЛАРИ ВА ВОДИЙ ШАРОИТИДА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ УСТУВОР ЖИХАТЛАРИ. Мамасолиева Н.С., Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р., Холикова Н.А.	1129



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ЗАМОНАВИЙ МИОҚАРД ИНФАРҚТИ:ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИНИ ОРГАНИШ ЗАРУРИЯТЛАРИ ВА ЎЗБЕКИСТОН ХУДУДЛАРИДА АЛОХИДА ХУСУСИЯТЛАРИ. Мамасолиева Н.С , Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р., Холикова Н.А.	1130
МИОҚАРД ИНФАРҚТИ КОНТИНУУМИНИ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА СКРИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ АСОСЛАРИ (21ЙИЛЛИК ЭПИДЕМИОЛОГИК НАТИЖАРАЛИ БЎЙИЧА) Мамасолиева Н.С , Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р., Холикова Н.А.	1130
ЗАМОНАВИЙ МИОҚАРД ИНФАРҚТИ:ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИНИ ОРГАНИШ ЗАРУРИЯТЛАРИ ВА ЎЗБЕКИСТОН ХУДУДЛАРИДА АЛОХИДА ХУСУСИЯТЛАРИ. Мамасолиева Н.С , Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р., Холикова Н.А.	1132
ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА МИОКАРД ИНФАРКТИНИНГ ПРЕВЕНТИВ МУАММОЛАРИ ВА ЕЧИМЛАРИ Мамасолиева Н.С , Яминова Н.Х., Қурбанова Р.Р., Холикова Н.А.	1132
БРОНХИАЛ АСТМАНИ АЁЛЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ЗАМОНАВИЙ АЛОХИДА ХУСУСИЯТЛАРИ Мамасолиева Ш.А., Холикова Н.А., Мамасолиев Н.С., Курбанова Р.Р., Соипова Г.А.	1133
ИЖТИМОЙ АҲАМИЯТЛИ ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИНИ ҲАЛҚ ТАБОБАТИ УСУЛЛАРИ БИЛАН ДАВОЛАШДА ЯНГИ ТОПИЛМАЛАР ВА УЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ НАТИЖАЛАРИ. Мамасолиева Ш.А., Асқаров И.Р., Мамасолиев Н.С., Хакимов Н.С., Усмонов Б.У.	1134
ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ, ЖИГАРНИНГ СУРУНКАЛИ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ХОЛАТЛАРДА ДИАГНОЗ КУЙИШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ Mirzaev V.I., O'roqov Sh.T.	1135
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ Мирзакаримов Б.Х., Джумабоев Ж.У., Нўъмонов Б.	1137
АНДИЖОН ВИЛОЯТИДА ЯНГИ КОРОНОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ- COVID-19 НИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЎПКАДАГИ УЗГАРИШЛАРНИ АНИҚЛАШНИ АҲАМИЯТИ Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б.	1138
ИЛК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ЮҚУМЛИ ДИАРЕЯЛАРНИНГ ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ Мулладжанова К.А.	1139



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ДИАХАТАР СЎРОВНОМАСИНИ ТЎЛДИРИШ АСОСИДА УГЛЕВОД АЛМАШИНУВИ БУЗИЛИШЛАРИ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 2-ТУРИНИНГ ТАРҚАЛИШИНИ БАҲОЛАШ Мухамедова В.М	1140
ЖАНУБИЙ ОРАЛ БУЙИ ЭКОЛОГИК МИНТАКАСИ ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИГА ОВҚАТЛАНИШНИНГ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ Назаров К.Д.	1142
АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИ ФАРҶОНА ВОДЎСИНИНГ ЎЗГАРУВЧАН ВА КЕСКИН КОНТИНЕНТАЛ ИҚЛИМИЙ ШАРОИТИДА АЛОХИДА ХУСУСИЯТЛАРИ НИШОНОВА Н.А., МАМАСОЛИЕВ Н.С., УСМОНОВ Б.У., КАЛАНДАРОВ Д.М.	1143
ФЕРМЕРЛИК БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ ПОПУЛЯЦИЯДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ КОМОРБИДЛИК ТАРҚАЛИШИ ВА ЁШГА БОҒЛИҚ ЖИХАТЛАРИ Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Каландаров М., Усонов Б.У.	1144
САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ МЕҲНАТ МИГРАНТЛАРИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ Қобилов Нодир Нуриддинович	1146
ТРАНСПОРТДАН БАХТСИЗ ҲОДИСАЛАР Жуманиёзов К.Й., Жуманиёзова Г.С., Олимова М.М	1148
БОЛАЛАРНИ ТАБИИЙ ҲАМДА ҚЎШИМЧА ОВҚАТЛАНТИРИШНИНГ ЎЗИГА ХОС АҲАМИЯТИ Атажанов Х.П., Оллаберганова Ш.М.	1149
ХОМИЛА ИЧИ ПНЕВМОНИЯСИ БИЛАН ТУҒУЛИБ ВАФОТ ЭТГАН ЧАҚАЛОКЛАРДА БУЙРАК УСТИ БЕЗИДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР Пирматов.С.В., Жуманов.З.Э.	1150
ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ТАЪСИРИДА РИВОЖЛАНГАН АВЛОД НАЙСИМОН СУЯКЛАРИ ЎСИШ ЗОНАСИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ Примова Г. А.	1151
БОЛАЛАРДА ЧАНОҚ – СОН БЎҒИМИ ДИСПЛАЗИЯСИ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА БУ КАСАЛЛИК БИЛАН НАЗОРАТДА ТУРГАН БЕМОРЛАРГА ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОШИРИШ М.М. Рахматова, Г.У.Назарова, Я.Ф.Усманова, Бойқўзиева., Г.Х.Акбарова , Д.Т.Содиқова	1152
БИРЛАМЧИ ТИЗИМДА АҲОЛИ ЎРТАСИДА ИНАКТИВЛАНГАН ПОЛИОМИЕЛИТ ВАКЦИНАСИ (ИПВ) ЭМЛАШ МУОЛАЖАЛАРИНИ ОЛИШ МУҲУМЛИГИ ҲАҚИДА ОИЛА АЪЗОЛАРНИ ХАБАРДОРЛИК ДАРАЖАСИНИ ОШИРИШ. М.М.Рахматова	1154



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



АҲОЛИ ОРАСИДАГИ 40 ЁШДАН КАТТА АҲОЛИ ОРАСИДА ЮҚУМСИЗ КАСАЛЛИКЛАРНИ ЭРТА АНИҚЛАШ ВА ТИББИЙ КЎРИҚДАН ЎТИШНИ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ.	1157
М.М.Рахматова	
БТСЁМ ФАОЛИЯТИДА БОЛАЛАРДА ГИЖЖА КАСАЛЛИГИНИНГ ЭРТА АНИҚЛАШ ВА ДАВО ЧОРАЛАРИНИ ОЛИБ БОРИШ БИЛАН ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОШИРИШ	1158
М.М. Рахматова	
АҲОЛИ ЎРТАСИДА НАРКОМАНИЯНИ ОЛДИНИ ОЛИШ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИК ЧОРА ТАДБИРЛАРНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ	1160
М.М.Рахматова, Г.У.Назарова, Я.Ғ.Усманова, Д.Т Содиқова	
АҲОЛИНИНГ ДИЗЕНТЕРИЯ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШИ ВА УНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИДА СУВНИНГ СИФАТИНИНГ АҲАМИЯТИ	1162
Саломова Ф.И.,Шерқўзиёва Г.Ф.,Искандаров А.Б.,Урманова Л.Ж	
АНДИЖОН ШАРОИТИДА ИЖТИМОЙ АҲАМИЯТГА ЭГА ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИ ХАТАР ОМИЛЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА 21 ЙИЛЛИК ЎЗГАРИШЛАРИ.	1163
Салоҳиддинов О.С., Мамасолиев Н.С., Каландаров М., Асқаров И.Р., Хақимов Н.С.,	
ИЖТИМОЙ АҲАМИЯТГА ЭГА ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЗАМОНАВИЙ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ (21 ЙИЛЛИК ЭПИДЕМИОЛОГИК МОНИТОРИНГ).	1164
Салоҳиддинов А., Хақимов Н.С., Мамасолиев Н.С., Каландаров М., Усмонов Б.У.	
ПЕДАГОГЛАРНИНГ ТАЪЛИМ СИФАТИНИ ОШИРИШДА КАСБИЙ КОМПЕТЕНТЛИГИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ	1165
Сапиохунова Х.М., Шоюнусова Н.Ш., Жуманова Л.А.	
ТАЛОҚНИНГ ТРАВМАТИК ШИКАСТЛАНИШЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ ТАХЛИЛИ	1167
Турақулов З.Ш., Исаков Н.З., Тождидинов Ш.Ш.	
АРГТ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕД 2 ТИПИ КОМОРБИДЛИГИНИНГ ИФОДАЛАНИШ ЧАСТОТАСИ.	1168
Ж.Х.Турсунов,Н.С.Мамасолиев., Х.Х.Турсунов	
АРГТ ВА “НОХОС СИМПТОМЛАР” КОМОРБИДЛИГИНИНГ ИФОДАЛАНИШ ЧАСТОТАСИ.	1170
Ж.Х.Турсунов,Н.С.Мамасолиев.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



БОЛОЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА ТИРСАК БЎҒИМИНИ ЖАРОХАТДАН КЕЙИНГИ ВАЛЬГУСЛИ ҚИЙШИКЛИГИНИ ЗАМОНАВИЙ ЖАРРОХЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ Убайдуллаев Ш.Ф., Ходжанов И.Ю., Касымов Х.А., Матанов З.М., Ниматов Ф.С., Эдилов У.А	1171
ТУРЛИ САБАБЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗЛАРИНИНГ ШАКЛЛАНИШИ ВА ТАРҚАЛИШИНИНГ ЁШГА БОҒЛИҚЛИКДА 21 ЙИЛЛИК ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ. Умрзоқов О.Т., Мамасолиев Н.С., Асқаров И.Р., Хакимов Н.С., Каландаров М.	1172
СУТ БЕЗИ САРАТОНИНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ОМИЛЛАР Ўрмонбоева Д.А., Зияева С.Т	1173
ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛУНГАЧ ТЕШИГИ ЧУРРАСИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАР ДИАГНОСТИКАСИДА ЭФГДС ВА РЕНТГЕН ТЕКШИРУВИНИНГ РОЛИ Ўроқов Ш.Т., Холиқов Ф.Й.	1174
ГИЁХВАНДАНД МОДДАЛАРНИ ҚАБУЛ ҚИЛГАН ШАХСЛАРДА СУИЦИД ХОЛАТЛАРНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ Усманова М.Б, Маматвалиева Ш,С,Абдукодирова З.Б.	1175
СУИЦИДЕНТЛАРДА ТУГАЛЛАНМАГАН СУИЦИДДАН КЕЙИНГИ ЮРАК ҚОН ТОМИР ДИСФУНКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ. Усманова М.Б, Ҳайитбоев Д.У, Қайимжонов О.З, Акрамов Ғ.С.	1176
ПАРАТОНЗИЛЛЯР АБСЦЕСС КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВО САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ. Н.А Усмонова., К.К Косимов	1177
ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ТУҒИШ ЁШИДАГИ АЁЛЛАР ЎРТАСИДА ЦИСТИТ КАСАЛЛИГИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ Я.Ғ.Усманова, М.Б.Бойқўзиева.	1178
АНДИЖОН ШАҲАР ҚЎШАРИК ДАХАСИ АҲОЛИСИНИНГ СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИГА ЁНДАШУВИ Усманова Я.Ғ, Рахматова М.М.	1180
ТИББИЁТ ТАЛАБАЛАРИГА СИМУЛЯЦИЯЦИОН ТЕХНОЛОГИЯ АСОСИДА ПСИХИАТРИЯ ФАНИНИ ЎҚИТИШ БЎЙИЧА ТРЕНИНГ Фозилжонов О.Ш., Аграновский., М.Л., Абдукодирова З.Б., Мўминов Р.Қ.	1181
СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТЛАРНИ, ХАЛҚ ТАБОБАТИНИНГ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ БИЛАН МАҚСАДЛИ ВА САМАРАЛАИ ТЎЛДИРИШНИНГ ЯНГИ ЙЎНАЛИШЛАРИ Хакимов Н.С., Асқаров И.Р., Мамасолиев Н.С., Қаландаров Д.М., Курбонова Р.Р.	1182



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



БРОНХИАЛ АСТМА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ GERONTOLOGIK ЙЎНАЛИШЛАРИ	1183
Холикова Н.А., Мамасолиев Н.С., Соипова Г.А., Мамасолиева Ш.А.	
БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ НОАТОПИК ШАКЛИНИ ФАРҶОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА КЕЛИБ ЧИҚИШИНИНГ НИСБИЙ ЭҲТИМОЛИНИ ОШИРУВЧИ ОМИЛЛАР	1184
Холикова Н.А., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Мамасолиев Ш.А., Усмонов Б.У.	
ҚАРИЯ ЁШДАГИ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ ХАТАР ОМИЛЛАРИНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ	1185
Холикова Н.А., Мамасолиев Н.С., Курбонова Р.Р., Каландаров Д.М., Соипова Г.А.	
ПАРҶЕЗ ОВҚАТЛАНИШНИНГ ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА САМАРАДОРЛИГИ	1186
Шамуратова Н.Ш, Зокирходжаев Ш.Я, Дусчанов Б.А.	
БРОНХИАЛ АСТМАНИ ЭРКАКЛАРДА ФАРМАКОЭПИДЕ-МИОЛОГИЯСИ	1188
Юлдашев Р.Н., Холикова Н.А., Мамасолиев Н.С., Мамасолиев Ш.А., Каландаров Д.М.	
ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРНИ ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ФОНИДА КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	1190
Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б.	
ЧАП ҚОРИНЧА ДИАСТОЛИК ДИСФУНКЦИЯСИ АНИҚЛАНГАН ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СТАТИНЛАР ТАЪСИРИНИ АМАЛИЙ АХАМИЯТИ	1192
Юсувалиев М.Д., Таштемирова И.М., Хўжамбердиев М.А.	
QIZ BOLALARDA QORIN BO'SHLIG'I O'TKIR GENIKOLOGIK KASALLIKLARNING ASORATLARI	1193
Xojiyev X.M., To'ychiev B.A., Abdubositov A.A	
HOMILADOR AYOLLARDA JISMONIY MULTIMORBIDLIKNING OLDINI OLISH VA DAVOLASH USULLARI	1194
Abdukahharova S. K.	
CHAQALOQLARDA KO'KRAK BO'SHLIG'I A'ZOLARIDA O'TKAZILGAN OPERATSIYALARDAN KEYINGI OG'RIQSIZLANTIRISH USULLARINING TAQQOSLAMA TAXLILI.	1196
Abdullajonov X.M.	
REANIMATSIYA VA INTENSIV TERAPIYA BO'LIMLARIDA BEMOR BOLALAR OG'IRLIK DARAJASINI BAHOLASHDA PEDIATRİK SHKALALARNING AHAMIYATI	1197
Abdullajonov X.M	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



YUQUMLI KASALLIKLAR SHIFOHONASI ISHCHI XODIMLARINING SOG'LIG'IGA XAVF TUG'DIRUVCHI OMILLARNI SISTEMALI O'RGANISH.	1198
Abdullayev G'.A., Rasulov F.X., Ashurova M. J.	
ERTA TUG'ILISH UCHUN ULTRATOVUSH BELGILARI-MUAMMONING HOZIRGI HOLATI	1199
Abdullayeva M.A.	
BACHADON BO'YNI VA QIN SARATONIDA SIGNAL LIMFONOZINI LOKALIZATSIYA QILISH UCHUN JARROHLIK GAMMA DETEKTORLARINI BAHOLASH	1201
Ahmadjonova O.D	
VIRUSLI GEPATITDA HOMILADORLIK MUAMMOLARI	1202
Ahmadjonova O.D	
BACHADON LEYOMIOMASINING TURLI XIL GISTOGENETIK SHAKLLARINI MORFOMETRIYASI	1204
Alibekov O.O., Mamataliyev A.R.	
BACHADON MIOMALARINING TURLI GISTOLOGIK SHAKLLARIDAGI PATOMORFOLOGIK O'ZGARISHLAR	1205
Alibekov O.O, Mamataliev A.R.	
OIV BILAN KASALLANGANLAR ORASIDA TAMAKI CHEKISHNING XATAR OMILINING MUNTAZAM BOSHLANISH YOSHLARI	1206
Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S	
OIV BILAN KASALLANGAN AHOLI ORASIDA ORTIQCHA VAZNI VA TANA VAZNI YETISHMOVCHILIGI XATAR OMILINING TARQALISHI	1207
Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S.	
OIV BILAN KASALLANGAN AHOLI ORASIDA DISLIPIDEMIYA XATAR OMILLARINI TARQALISHI.	1208
Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S	
TURLI YOSHDAGI OIV BILAN KASALLANGAN AHOLI ORASIDA DISLIPIDEMIYA XATAR OMILLARINING YOSHGA MOS RAVISHDA TARQALISHI.	1209
Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S., Kalandarov D.M	
YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARI BO'LGAN BEMORLARDA DEPRESSIV KASALLIKLAR VA ULARNI DAVOLASH	1210
Artikova S.G.	
YURAK ISHEMIK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARDA DEPRESSIV HOLATLAR VA ULARNI DAVOLASH	1211
Artikova S.G	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



KO'RISH PATOLOGIYASI BO'LGAN BOLALARNI JISMONIY REABILITATSIYA QILISH VOSITALARI Ashuraliyeva M.A	1212
BEMORNI PEDIATRIK ONKOLOG BILAN MASLAHATLASHISHGA YUBORISHNING MAQSADGA MUVOFIQLIGINI ANIQLASH ALGORITMI Ashuraliyeva M.A.	1213
MUDDATIDAN AVVAL TUG'ILISHNING ZAMONAVIY MUAMMOLARI Asranqulova D.B.	1214
DIFFUZ TOXIK BO'QOQNI SUBTOTAL THYREOIDEKTOMIYA USULI BILAN DAVOLASH SAMARADORLIGINI MORFOLOGIK TEKSHIRUV NATIJALARI OSTIDA BAHOLASH. Ataxanov Sh.E., Xamidov F.Sh., Djalolov A.C	1216
SURUNKALI PANKREATIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA O'N IKKI BARMOQLI ICHAK DISTROFIYASINING DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH TAKTIKASI Baybekova G. J.	1218
OSHQOZON OSTI BEZI EKZOSEKRETSIYASI VA GASTRODUODENAL KOMPLEKSNING EVAKUATSIYA FAOLIYATINING O'N IKKI BARMOQLI ICHAK KONJUGATSIYASI Baybekova G. J	1220
AYOLLAR SIYDIK CHIQRARISH KANALI POLIPIDAGI PATOMORFOLOGIK VA IMMUNOGISTOKIMYOVIIY XUSUSIY AYOLLAR URETRASI POLIPIDA ANTIAPOPTOZ OQSIL Bcl-2ning EKSPRESSIYALANISH XUSUSIYATLARI	1222
AYOLLAR URETRASI POLIPIDA ANTIAPOPTOZ OQSIL Bcl-2ning EKSPRESSIYALANISH XUSUSIYATLARI Boboev R.A	1223
QAYTALANUVCHI O'PKA EXINOKOKKOZINING MORFOLOGIK SHAKLLARI Bobonazarov S.D., Islamov Sh.E., Mustafiev O	1224
REVMATOID ARTRIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA MIYA QON-TOMIR REAKTIVLIGINI BAHOLASH Elomonova J.Y Uralov R.Sh	1226
TUXUMDON APOPLEKSIYASI UCHUN OPERATSIYA QILINGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK ASORATLARINING OLDINI OLIH Gafurova Sh.M.	1227
COVID-19 FONIDA BOLALARDA PIYELONEFRITNI DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH Gapparova Guli NURMUMINOVNA Ilmiy rahbar: t.f.d., dots. Axmedjanova N.I	1229



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



HOMILADORLIK PAYTIDA SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT B G'oziyeva Sh.S.	1230
HOMILADORLIK PAYTIDA SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT B NI KECHISHINI O'ZIGA XOSLIGI G'oziyeva Sh.S.	1231
NAZOFARENGEAL BODOMSIMON BEZINING GIPERTROFIYASINI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASH Husanov Sh.R., Kasimov K.K	1232
BOLALARDA FARINGEAL BODOMSIMON BEZLARNI DAVOLASHDA LATERAL ORGANLARNI SAQLASH USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH Husanov Sh.R., Qosimov K. K	1234
SPORT SOG'LIK GAROVI Ibadullayeva S.S.	1235
YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQNING YURAK-QON TOMIR TIZIMLARINI TADQIQ QILISHNING ZAMONAVIY USULLARI Ibragimov M.B.	1236
NEONATAL GIPERBILIRUBINEMIYA BILAN KASALLANGAN YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARNI BOSHQARISH TAKTIKASINI OPTIMALLASHTIRISH Ibragimov M. B.	1237
SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT B VA C VA HOMILADORLIK: KURSNING XUSUSIYATLARI VA PERINATAL NATIJALAR Ibragimova M.U.	1238
EKSPERIMENTAL QANDLI DIABETNI CHAQIRUVCHI MODELLARNING AFZALLIKLARI VA KAMCHILIKLARI Ibroximova L.I	1240
INSON PAPILLOMAVIRUSI BILAN BOG'LIQ BACHADON BO'YNI PATOLOGIYASINI ERTA TASHXISLASH VA OLDINI OLISHNI OPTIMALLASHTIRISH Islomova Z.K.	1241
SPORT MEDITSINASINING AXAMIYATI VA TURLARI Isroilov M.S	1243
SORGONING SELIAKIYANI DAVOLASHDAGI SAMARASI Kalandarova G.D., Shamuratova N.Sh	1245
ENDOMETRIOZ KASALLIGIDA BEMORLARDA KUZATILADIGAN KLINIK BELGILAR UCHRASH DARAJASI Karimjonov X.A., Mamataliev A.R	1246



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ADENOMIOZNING BACHADON MIOMALARI BILAN BIRGA UCHRASH CHASTOTASI	1247
Karimjonov X.A., Mamataliev A.R.	
REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIOZLARNING BEPUSHTLIKKA OLIB KELISHDAGI O'RNI	1248
Karimjonov X.A., Mamataliev A.R.	
ENDOMETRIOZ KUZATILGAN BEMORLARDAGI GENITAL VA EKSTRAGENITAL KASALLIKLARNING UCHRASHI	1249
Karimjonov X.A., Mamataliev A.R.	
ST. AUREUS ZAMONAVIY DIAGNOSTIKASI	1250
Kurbanova S.Yu., Murodova I.A., Imamnazarova M.Y.	
NAFAS OLISH TIZIMINING SHIKASTLANISH DARAJASINI BAHOLASH ALGORITMINING KLINIK MORFOLOGIYASI VA ULARNING COVID 19 TASHXISI	1251
Kutlikova Guzalxon Mahammajonovna, dotsent	
HOMILADORLIK PAYTIDA GIPERTONIK VA VEGETATIV KRIZLARNING OLDINI OLISH XUSUSIYATLARI	1252
Kuziyeva G.A.	
FARG'ONA VODIYSI SHAROITIDA HOMILADOR AYOLLARDA TEMIR TANQISLIGI ANEMIYASI	1254
Mamadaliyeva M.M. Akusherlik va ginekologiya kafedrası №1	
HOMILADOR AYOLLAR VA TUG'RUQXONALARDA TEMIR TANQISLIGI HOLATLARINI DIAGNOSTIKASI VA OLDINI OLISH	1255
Mamadaliyeva M.M.	
BOSH MIYADA QON AYLANISHNING O'TKIR BUZILISHI BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA "KALGEN" PREPARATINI DAVO DAVOMIYLIGIGA TA'SIRINI O'RGANISH.	1257
Mamatov B.Y. Ergashev X.M. Nabiyev N.I.	
REVMATIK ISITMA KASALLIGINING OLDINI OLISHDA SURUNKALI TONZILLIT DISPANSERIZATSIYANI EFFEKTIVLIGI	1258
Masharipova R.T. Talaba:Rajabova Bibisara 403 B gurux Ilmiy raxbar: Masharipova R.T.	
BOLALAR VA O'SMIRLARDA TUGMA YURAK NUQSONLARINING VEGETATIV NERV TIZIMI VA JISMONIY RIVOJLANISHGA TASIRI	1259
Masharipova R.T.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ERTA TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA XAVF OMILLARINING KLINIK VA EPIDEMIOLOGIK TAHLILI Maxsudova X.F.	1259
CHAQALOQLARDA INTERSTITSIAL O'PKA KASALLIKLARI: ASINAR, ALVEOLYAR VA ALVEOLOKAPILLYAR DISPLAZI Maxsudova X.F.	1261
TIBBIY DEONTOLOGIYA SAVOLLARI TIBBIY PROFILAKTIKA PROFILI BO'YICHA VRACHLARNI TAYYORLASHDA Minavarov A.A., Xalmirzaeva S.S., Salieva M.X.	1262
SANITAR SHIFOKORNING TAYYORLASHDA HAQIQIY AMALIY KO'NIKMALAR BAZASINI SHAKLLANTIRISH Mirmuhammedov B.B., Salieva M.X., Axmadxo'jaeva M.M.	1263
PARAZITAR KASSALIKLAR VA ULARNI DAVOLASHDA QO'LLANILADIGAN DORI VOSITALAR Mo'minboyev.D.J, Baxramova.B.Z Samarqand davlat tibbiyot universiteti	1265
TIBBIY PROFILAKTIKA FANLARINI O'QITISHDA INNAVATSION TEXNOLOGIYALARNI QO'LLASH. SUV HAYOT MANBAI MAVZUSI MISOLIDA. Naimova Zaynab Samarqand davlat tibbiyot universiteti.	1266
SANOAT KORXONALARIGA YAQIN HUDUDLARIDA YASHOVCHI BOLALAR VA O'SMIRLAR JISMONIY RIVOJLANISHI Naimova Zaynab	1268
PUFAK DRIFTINI DAVOLASH USULLARINING SAMARADORLIGINI QIYOSIY TAHLIL QILISH Nasirov F.J.	1270
GIPOTIREOZ KASALLIGIDA KOGNITIV FUNKSIYALAR YETISHMOVCHILIGI RIVOJLANISHINING O'ZIGA XOSLIGI Nazarova G.T., Vaxobov S.G	1271
YUMSHOQ KONTAKT LINZA KIYGANDA SHOX PARDANI YIRINGLI YARALARNI DAVOLASH TAJRIBASI Kaharova D.M, Xoshimova D.X, Madaminxo'jayeva D.Q	1273
ENDOMETRIYNING GIPERPLASTIK JARAYONLARI: KLINIK-MORFOLOGIK JIHATLARI, PROGNOSTIK ME'ZONLARI Nazirova Z.M.	1273
ENDOMETRIYNING GIPERPLASTIK JARAYONLARI: BEMORLARNI DAVOLASH VA OLDIN Nazirova Z.M.	1275



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA VA YOSH BOLALARDA O'PKA VA MEDIASTINNING TUG'MA NUQSONLARINI TASHXISLASH VA DAVOLASH Noraliyev I.	1276
BOLALARDAGI KALITSIVIRUS INFEKTSIYASINING KLINIK VA IMMUNOLOGIK XUSUSIYATLARI VA TERAPIYA TAKTIKASI Noraliyev I.	1278
BOLALARDA BRONXOEKTAZ KASALLIKDA O'PKA TUZILISHINING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI Norjigitov A.M., Islamov Sh.E., Maxmatmuradova N.N	1279
EKSPERIMENTAL HAYVONLARDA OSHQOZON REZEKSIYASIDAN KEYIN SUYAK TO'QIMASIDAGI MORFOLOGIK O'ZGARISHLAR Ollaberganov M.I.	1281
HOMILADORLIK DAVRIGA BOG'LIQ BO'LGAN AYOLLARDA ANTIFOSFOLIPID SINDROMINI BASHORAT QILISH Parpiyeva Sh. O., Axmadjanova G. M.	1282
MIGREN HURUJLARI KECHISHIDA KO'Z FORMASINING O'ZIGA XOSLIGI. Po'latov M.Q., Rashidova N.S.	1284
MUDDATDAN OLDIN QOG'ONOQ SUVINING KETISHIDA KLINIK OMILLARNING TA'SIRINI BAHOLASH G.M.Qayumova	1285
BOLALIKDA ERTA NEONATAL PNEVMONIYANING IMMUNITET TANQISLIGI HOLATLARINI DIAGNOSTIKASI Qodirov K.Z.	1286
YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLAR VA PNEVMONIYA BILAN OG'RIGAN YOSH BOLALARDA IMMUNOLOGIK O'ZGARISHLAR Qodirov K.Z.	1288
CHAQALOQLARNI KO'KRAK QAFASI A'ZOLARIDAGI TASHRIXLARDAN KEYINGI OGRIQSIZLANTIRISH USULLARINING QIYOSIY TAHLILI Qodirov M.A.	1289
ERTA YOSH BOLALARDA PASTKI NAFAS YO'LLARIDAGI YOT JISMLAR OQIBATLARI TAHLILLARI Qodirov M.A.	1290
KARDIOJARROHLIK OPERATSIYALARIDA BOLALARDA UMUMIY ANESTEZIYA SAMARADORLIGINI BAHOLASH Qodirov M.A.	1291



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



YURAK YETISHMOVCHILIGI BO'LGAN BEMORLARDA EKZOGEN FOSFOKREATINNING SAMARADORLIGI Qodirov X.N. , Abdulayeva K.X.,	1292
SIMULYATSIYA TEXNOLOGIYASI BOLALAR UCHUN SHOSHILINCH TIBBIY YORDAMNI OPTIMALLASHTIRISH VOSITASI SIFATIDA Qodirov X.S	1293
PEDIATRIYA AMALIYOTDA O'QUV JARAYONIDAGI SIMULYATSIYA USULLARI Qodirov X.S	1294
PEDIATRIYA FANINI O'QITISHDA SIMULYATSIYA TEXNOLOGIYALARI MISOLIDA Qodirov X.S.	1296
TIBBIY-BIOLOGIK FANLAR BO'YICHA NAZARIYOT VA AMALIYOTGA YANGI TAVSIYALAR, STANDARTLARNI QO'LLASH Qurbonmurodova N.Z., Ro'zimatov F.I Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali	1297
METABOLIK SINDROMLI BEMORLARDA ANTIHIPERTENZIV TERAPIYA Qurbonova D. I.	1299
PROSTAGLANDINLARNING BACHADON BO'YNI TAYYORLASH VA BIRINCHI HOMILADOR AYOLLARDA TUG'ILISHNI QO'ZG'ATISH SAMARADORLIGI Qurbonova D I	1300
OILADA BOLA TARBIYASI Z.M. Rahmatova	1302
YOSHLAR KAMOLOTIDA KITOB, KINO VA MUSIQA Z.M. Rahmatova	1303
TARBIYANING TARBIYADAN FARQI BORMI Z.M.Rahmatova	1305
POSTGERPETIK TRIGEMINAL NEVRALGIADA BEMORLAR EMOTSIONAL HOLATINI BAHOLASH Rasulova R.P., Kuranbayeva S.R	1306
PROSTATA SARTONINING MORFOLOGIK BELGILARI Raxmonov H.A., Islamov Sh.E., Normahmatov I.Z.	1308
ATROFIMIZDAGI ELEKTROMAGNIT MAYDON VA UNING TA'SIRI N.A.Razzakov1, X.Sh.Shokirova	1310
DORIVOR O'SIMLIKLAR KIMYOVIY TARKIBIGA ASOSLANGAN SANOAT FARMATSIYASINING ISTIQBOLLARI N.A.Razzakov1, M.Y.Salaydinova2 1ADTI	1311



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ATROFIMIZDAGI ELEKTROMAGNIT MAYDON VA UNING TA'SIRI	1313
N.A.Razzakov1, X.Sh.Shokirova	
TUYA SUTI (CAMELUS LAC) NING KIMYOVIY TARKIBI VA UN DAN XALQ TABOBATIDA FOYDALANISH	1314
N.A.Razzaqov1, X.U.Odiljonova	
COVID – 19 DA BUYRAKLARDAGI PATOMORFOLOGIK O'ZGARISHLARNI SOLISHTIRMA TAHLILI	1315
Shakirov S. A Isroilov R.I. Mamataliev A.R.	
YANGI KORONAVIRUS INFEKTSIYASIDA BUYRAKLARNING PATOLOGIK ANATOMIYASI YANGI KORONAVIRUS INFEKTSIYASI AUTOPSIYANING DASTLABKI TAHLILI	1317
Shakirov S. A, Isroilov R.I. Mamataliev A.R. -	
BEPUSHTLIKDA TUXUMDONLARNING DIAGNOSTIK VA PROGNOSTIK QIYMATI VA MORFOLOGIK PARAMETRLARI	1318
Shakirova S.M.	
BOLALARDA TUG'MA YURAK NUQSONLARI, O'PKA GIPERTENZIYASI BILAN MURAKKABLAGAN.DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH.	1320
Sobirova N. R	
COVID-19 DA O'TKIR RESPIRATOR DISTRESS SINDROMIDAGI O'PKA ASORATLARINING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI	1321
Sodiqova Dilrabohon Tojidinovna.	
O'TKIR RESPIRATOR DISTRESS SINDROMI: COVID-19 UCHUN YANGI YONDASHUVLAR	1322
Sodiqova Dilraxon Tojidinovna.	
ALLERGIK RINIT FONIDA O'TKIR SINUSIT BILAN BURUN BO'SHLIG'I VA PARANASAL SINUSLARINING SHILLIQ QAVATINING IMMUNOHISTOKIMYOVIY TUZILISHI	1324
Ulmasov A. O., Qosimov K. K.	
IMMUNOHISTOKIMYOVIY TUZILISHNING YANGI IMKONIYATLARI ALLERGIK RINITDA BURUN BO'SHLIG'I VA PARANASAL SINUSLARINING YALLIG'LANISH BELGILARI	1326
Ulmasov A.O.,Kasimov K.K.	
7-12 YOSHDAGI BOLALARDA YUZNING FIZIONOMIK BALANDLIGI O'SISH DINAMIKASINING KRANIOMETRIK TADQIQI	1327
Ulug'bekova G.J., Adhamov Sh.A.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



PROFILAKTIK TIBBIYOTDA ANTROPOMETRIK TADQIQOTLAR: 7-12 YOSHDAGI BOLALARDA YUZNING MORFOLOGIK BALANDLIGI O'SISH KO'RSATKICHLARI Ulug'bekova G.J., Adhamov Sh.A.	1328
SALPINGOOFORITNI BEPUSHTLIKKA OLIB KELUVCHI OMIL SIFATIDA BAHOLASH Usmonova G.A.	1329
MAXALLIY TARQALGAN ME'DA SARATONI XIRURGIK DAVO NATIJALARINI BAXOLASH Xasanov D.Sh., Shuxratbekov J.D. .	1331
TO'G'RI ICHAK SARATONI REZEKTABELLIGINI ANIQLASHDA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVI VA MAGNIT-REZONANS TOMOGRAFIYA IMKONIYATLARINI BAXOLASH Xasanov D.Sh., Shuxratbekov J.D. .	1332
MAXALLIY TARQALGAN ME'DA SARATONI XIRURGIK DAVO NATIJALARINI BAXOLASH Xasanov D.Sh., Shuxratbekov J.D. .	1333
ZAMONAVIY AKUSHERLIKDA INSTRUMENTAL TUG'DIRISH Xatamova O'. R. Shokirova S.M.	1333
QIZ BOLALARDA QORIN BO'SHLIG'I O'TKIR GENIKOLOGIK KASALLIKLARNING ASORATLARI Xojiyev X.M., To'ychiev B.A., Abdubosotov A.A	1335
"PSORALIN" OZIQ-OVQAT QO'SHILMASI TARKIBIDAGI β-KAROTIN MIQDORINI ANIQLASH Yu.X. Xolboyev, A.B. Paqirdinov, A.G. Maxsumov, I.R. Asqarov	1336
XAVOTIRLI BEMORLARDA VEGETATIV-QON TOMIR KASALLIKLARI. Xolikova D.S. Ichki	1338
ANOREKTAL MALFORMATSIYA BILAN TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA ICHAK STOMALARINI SHAKLLANTIRISHDA TANLOV TAKTIKASI Yuldashev M.A., Gafurov A.A., Toshboyev Sh.O. ,	1339
OG'IZ BO'SHLIG'I KASALLIKLARINI OLDINI OLISH USULLARI Yusupov K.M., Salieva M.X., Xodjahmatova R.Y.	1340
QANDLI DIABETDA HOMILADORLIK PAYTIDA QON TOMIR ASORATLARINI TUZATISH Yusupova Marguba Ilxomjon kizi	1342



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



KORONAVIRUS INFEKSIYASIDAN KEYIN BIRLAMCHI MIOKARDIT VA UNING PROFLAKTIKASI Yusupova M.M., Soliyev A Nabijonova D	1343
O'SMIR QIZLARDA HAYZ KO'RISH FUNKTSIYASI BUZILISHLARI Yusupova Marguba Ilxomjon kizi	1345
OIV BILAN KASALLANGAN AHOLI ORASIDA ORTIQCHA VAZNI VA TANA VAZNI YETISHMOVCHILIGI XATAR OMILINING TARQALISHI Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S.	1346
OIV BILAN KASALLANGAN AHOLI ORASIDA DISLIPIDEMIYA XATAR OMILLARINI TARQALISHI. Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S	1347
TURLI YOSHDAGI OIV BILAN KASALLANGAN AHOLI ORASIDA DISLIPIDEMIYA XATAR OMILLARINING YOSHGA MOS RAVISHDA TARQALISHI. Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S., Kalandarov D.M.	1348
OIV BILAN KASALLANGANLAR ORASIDA TAMAKI CHEKISHNING XATAR OMILINING MUNTAZAM BOSHLANISH YOSHLARI Alibekov Sh.O., Saloxiddinov Z.S., Mamasoliyev N.S	1349
EPILEPSIYA VA HOMILADORLIK UCHUN ZAMONAVIY TERAPEVTIK TAKTIKANI TANLASHNING O'ZIGA XOS JVVHATLARI Тўйчиева Гулшода Нодирбек кизи	1350
BOLALARDA ESHITISH PASAYISHIGA OLIB KELADIGAN OMILLAR Umarova M. E., Niyazova M. T.	1351
PORTAL GIPERTENZIYANING BOLALIK YOSHIDA KECHISHI, UNING ASORATLARINI ZAMONAVIY USULLARDA DAVOLASH VA OLDINI OLIH MASALALARI Xalilov Shukurillo Kuchkarbaevich., Abduvaliyeva Chulpanoy Muxammadjonovna	1352
NEONATAL DAVRDA ASPIRATSION SINDROMDAN NOBUD BO'LGAN CHAQALOQLAR BUYRAGINING MORFOLOGIYASI Egamov Bunyodbek Jumanazarovich, Salaeva Zulfiya Shanazarovna	1354
DISTRIBUTION OF PHYSICAL MULTIMORBIDISM IN PREGNANT WOMEN, THEIR PREVENTION AND TREATMENT Abdukhaxorova S.K.	1355
PREVALENCE OF PHYSICAL MULTIMORBIDISM IN PREGNANT WOMEN, IMPORTANCE OF THEIR PREVENTION Abdukhaxorova S.K.	1356



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



THE SEVERITY OF BENDOPNEA AS A PROGNOSTIC SIGN OF DECOMPENSATION OF CHRONIC HEART FAILURE	1358
Abdulayeva K. X., Kodirov X.N., Uzbekova N, R	
COMPARING POST-OPERATIVE OUTCOMES OF STANDARD CARE AND AN OFFERING APPROACH IN PATIENTS WITH VENTRICULAR AND SEPTAL DEFECTS OF THE HEART	1359
Abdulkhakova Ra'no Mukhtaraliyevna	
CLINICAL TYPES OF ENDOGENOUS ANXIETY DEPRESSIONS AND THEIR AGE-RELATED FEATURES	1361
Agranovsky K.M., Agranovsky M.L., Muminov R.K., Foziljonov O.Sh.	
CLINICAL TYPOLOGY OF ENDOGENOUS ANXIETY DEPRESSIONS	1363
Agranovsky K.M., Agranovsky M.L., Muminov R.K., Foziljonov O.Sh.	
HEALTH STATUS AND VEGETATIVE STATUS OF PREMATURE INFANTS WITH INTRAUTERINE DEVELOPMENT DELAY IN THE FIRST YEAR OF LIFE	1365
Akbarova R.M.	
CHRONIC RENAL FAILURE IN YOUNG CHILDREN	1366
Akbarova R.M.	
JUVENILE DYSMENORRHEA: THE USE OF MAGNE B6 IN ORDER TO CORRECT THE CONDITION OF CONNECTIVE TISSUE	1368
Akromjonova Xalima Urmonbek kizi	
IMPROVING THE RESULTS OF BLADDER CANCER TREATMENT	1370
Alieva M.	
EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF PURULENT CORNEAL ULCERS WHILE WEARING SOFT CONTACT LENSES	1371
Kakharova D.M, Khoshimova. D.Kh, Madaminkhujaeva D.Q .	
CHARACTERISTICS AND CLINICAL STATUS OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES	1372
Alijonov D.A., Kholmatova G.A.	
THE ORIGIN OF DIABETIC ANKLE SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS	1374
Alijonov D.A., Kholmatova G.A.	
TREATMENT AND SECONDARY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES BY PHARMACOTHERAPY ON A CLINICAL EXAMPLE	1376
Amina Aslamovna Numonova	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



INFLUENCE OF ETHNIC FACTORS ON SKELETON DEVELOPMENT Anvarova N.A., Matkomilov J., Ergashev E.	1377
ASSESSMENT IN MEN AT PRIMARY DIAGNOSIS INITIAL STAGES OF HYPERTENSIVE DISEASE Artikova S.G.	1378
CORDYCEPIN FOR HEALTH AND WELLNESS: ENHANCEMENT OF CORDYCEPIN PRODUCTION IN CORDYCEPS BY THE INFLUENCE OF DIFFERENT SUBSTRATES WITH ITS THERAPEUTIC POTENTIAL Ayman Turk, Beom Seok Kim, Bang Yeon Hwang , Mi Kyeong Lee	1380
STUDYING THE IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON TREATMENT OUTCOME IN CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE Ataxanova S.K., Vaxabov B.M.	1381
EFFICACY STUDY OF POST-COVID 19 POST-PANDEMIC ISCHEMIC HEART DISEASE TREATMENT Vaxabov B.M., Ataxanova S.K.	1382
MOLECULAR GENETIC CHARACTERISTICS HEPATITIS B VIRUS ON THE TERRITORY OF SAMARKAND REGION IN THE MODERN PERIOD. Bakhronov J.J., Muhiddinzoda R.N.	1383
ADVANTAGE OF USING A TIMER MEDICATION BOX IN ARTERIAL HYPERTENSION PHARMACOTHERAPY IN PATIENTS WITH GOUT Bektashev I.B. G.I. Kodirova	1384
ARTERIAL HYPERTENSION PHARMACOTHERAPY IN GOUT PATIENTS TIMER MEDICINE BOX FEATURES Bektashev I.B., Kadirova G.I., Tashtemirova I.M.	1387
PRACTICAL SIGNIFICANCE OF USING THE TIMER MEDICAL KIT IN ARTERIAL HYPERTENSION PHARMACOTHERAPY IN GOUT PATIENTS Bektashev I.B., Kodirova G.I., Vaxobov B.M.	1389
CHARACTERISTICS AND CHARACTERISTICS OF HOMEOSTASIS OF VITAMINS B12 AND D IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES WITH TUBERCULOSIS Bektashev G. M., Kholmatova G.A.	1391
PECULIARITIES OF THE COURSE AND TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PURULENTDESTRUCTIVE LUNG DISEASES AFTER COVID-19 Sh.A. Bobokulova T.Sh Atajonov	1392
COMPLEX TREATMENT OF COMPUTER VISUAL SYNDROME IN SCHOOLCHILDREN Kakharova D.M, Xoshimova D.X, Madaminkhuzhaeva D.Q	1393



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



PATHOMORPHOLOGICAL INDICATORS OF MYOCARDIAL DAMAGE IN COVID – 19 Bustonov Sh.Yo.	1394
CLINICAL AND MORPHOLOGICAL INDICATORS OF MYOCARDIAL DAMAGE IN COVID – 19 Bustonov Sh.Yo.	1396
PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF ROUTINE PRACTICE OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE IN UZBEKISTAN. Butaboev M.T., Yuldasheva S.L., Kamalova N.L., Butakhonov F.T. .	1397
METHODS OF PREVENTION AND TREATMENT OF MYOCARDIAL INFARCTION DUE TO ISCHEMIC HEART DISEASE Delkasheva Sh.D., Xamidova M.I., Yakubbekova M.K., Umirzakova R.Z., Mirzaaxmedova I.Z.	1398
SIMULATION TRAINING DURING THE COVID-19 PANDEMIC Ergasheva Z.A.	1400
USE OF THE INFUSION DRUG "REAMBERIN 1.5%" IN THE POSTNARCOSIS PERIOD IN CHILDREN G.A. Kasparova, T.A. Malek	1402
PREVENTION OF INFECTIOUS DISEASES OF NERVOUS SYSTEM AND HEALTH CARE SYSTEM IN INDIA Gupta A.1, Akhmadeeva L.	1403
OUTPATIENT TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTCOVID ANEMIA SYNDROME HAFIZOVA Z.B.	1404
TO STUDY THE FREQUENCY AND STRUCTURE OF CONGENITAL HEART DEFECTS HAFIZOVA Z.B.	1405
QUANTIFYING AND MONITORING FIBROSIS IN NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE USING NEW METHODS. Halikova U.Q., Muxtorov Z.M.	1406
METHODS OF TREATING PHARYNGEAL TONSILS IN CHILDREN Husanov Sh.R., Kasimov K.K.	1407
INNOVATIVE ASSESSMENT OF THE DURATION OF INTERNAL ORGAN INJURIES IN FORENSIC MEDICAL PRACTICE Ibragimov B. I., SH. I. Ruziev	1408
CLINICAL AND IMMUNOMORPHOLOGICAL FEATURES PREECLAMPSY IN PREGNANT WOMEN Ibragimova M.U.	1410



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



TYPES OF INTRAOCULAR LENSES USED IN PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY Inakova Z.T. Toshpulatova A.Z.	1411
CERVICAL LESIONS ASSOCIATED WITH HUMAN PAPILLOMAVIRUS Islamova Z.K.	1412
ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE KIDNEYS IN METABOLIC HEALTHY OBESITY. I.I. Islamov, A.G. Gadayev.	1413
METABOLIC HEALTHY OBESITY AND IMPACT OF AIR POLLUTION ON THE DEVELOPMENT OF DISEASES. I.I. Islomov, A.G. Gadayev	1415
"IMPROVEMENT OF RADIATION DIAGNOSTICS OF DEGENERATIVE CHANGES OF HIP JOINTS IN CHILDREN" Jamalov Mukhammad Solikh	1415
ORGANIC UREA COMPOUNDS AND THEIR DISINFECTANT CHARACTERISTICS Isanova D.T., Azizov Yu.D., Khakimova I.T.	1417
DETERMINATION OF THE ADHESIVE PROPERTIES OF MICROORGANISMS IN UROPATHOLOGY. Isanova D.T., Azizov Yu.D., Akhmedova D.K.	1418
PROBLEMS OF PROVIDING MEDICAL CARE TO VICTIMS WITH POLYTRAUMA AND OPEN FRACTURES OF THE LONG BONES OF THE LOWER EXTREMITIES. Kamalova N.L., Azimov A.R., Soliyev I.M., Kosimov I.U.	1419
STRUCTURAL STUDIES AND ACTIVITY OF THE SAV-2152 AS A PHOSPHATASE FROM HAD PROTEIN FAMILY. Kamarov Otabek	1420
ISSUES OF DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION OF CERVICAL CANCER BY MODERN METHODS Kamildzhanova G.I.	1421
EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS OF CERVICAL CANCER IN WOMEN AND THEIR RISK FACTORS Kamildzhanova G.I	1422
ARTERIAL MYOCARDIAL REVASCULARIZATION DURING ISCHEMIC HEART DISEASE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE Kasimova N.Dj.	1424



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



THE MAIN APPLICATIONS OF CHITOSAN AND MATERIALS BASED ON IT Kasimova N.J.	1425
TREATMENT OF ACUTE GYNECOLOGICAL DISEASES IN GIRLS AND ITS COMPLICATIONS Khaidarov NS, Khojjiyev XM, To'ychiev BA, Abdukhakhorova MA	1427
TO ASSESS LIVER MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE NORM AND FEATURES OF THE CHARACTER OF ITS CHANGES DURING CHRONIC ALCOHOL INTOXICATION. Khamroev Kh.N.	1428
OPTICAL COHERENT TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF LEUKOPLAKIA OF THE MUSCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY. Khasanova N.M.	1430
FORMATION OF CARDIAC MUSCLES WITH HYPOPARATHYROIDIZM Khidirova G.O., Tursinbaeva Z.A.	1431
TREATMENT OF ACUTE GYNECOLOGICAL IN GIRLS ITS COMPLICATIONS Khojjiyev XM, To'ychiev BA, Abdubositov AA	1432
APPLICATION OF THE DRUG FAGIO FOR CHILDREN WITH CHRONIC TONSILLITIS AND ACUTE RHEUMATIC FEVER. Kuchkorov Sh.B., Bakhronov J.J., Muhiddinzoda R.N.	1433
ACTIVATION OF DNA METHYLATION PROCESSES DURING SUBTOTAL LIVER RESECTION A.Y.LAPTIYOVA, A.A.ANDREEV, A.P.OSTROUSHKO, N.N. Burdenko, A.A. Glukhov	1435
ANALYSIS OF DNA REPAIR CAPCITY OF PERIPHERAL BLOOD LYMPHOCYTES FROM ASTHMATIC PATIENTS TREATED WITH ORAL CORTICOSTEROIDS Lintsov A.E	1436
SPECIFICITY OF MICROBIOTICS IN CHRONIC RHINOSINUSITIS Madaminova N.E.	1437
EVALUATION OF MICROBIOTICS IN CHRONIC RHINOSINUSITIS Madaminova N.E.	1439
IMPROVEMENT OF ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF OSTEOARTHRITIS OF THE HIP JOINT Zarnigor Madumarova,	1441
PREDICTION OF INTRAUTERINE DEVELOPMENT DELAY IN A CHILD WITH CHRONIC PLACENTAL INSUFFICIENCY Makhmudova B.Sh	1443



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



AGE-RELATED FEATURES OF GASTRODUODENAL DISEASES AMONG THE POPULATION INFECTED WITH THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS Maksumova D. K., Salohiddinov Z.S., Mamasoliev N.S.	1445
ULTRASOUND MARKERS FOR PREDICTING PREMATURE BIRTH. Mamadzhanova Sh.K.	1446
MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHANGES IN FOREST TISSUE IN DIABETES MELLITUS MASHARIPOV OTABEK SA`DULLAEVICH	1447
EFFECTIVENESS OF COGLUMET IN THE TREATMENT OF SARS-COV-2 MASHARIPOVA M. S., KHASANOVA D.A	1448
IMPROVEMENT OF TREATMENT METHODS IN PATIENTS WITH MECHANICAL INSTABILITY OF THE ANKLE JOINT, AFTER RECONSTRUCTION OF INTERBERTIAL SYNDESMOSIS. Minavarov R.A., Sodikov S.A., Olimova N.A., Isakov K.K.	1449
PREVENTION AND TREATMENT OF COMPLICATIONS IN URGENT AND ELECTIVE SURGERY USING INNOVATIVE TECHNOLOGIES Mirzaalimov S.T., Anorboyev Q.H.	1450
A NEW METHOD OF APPROACH TO THE TREATMENT OF ISCHEMIC HEART DISEASES Mirzaaxmedova I.Z., Delkasheva Sh.D., Xamidova M.I., Yakubbekova M.K., Umirzakova R.Z.	1450
INFLUENCE OF CORONAVIRUS OF SOME MENTAL DISORDERS Mirzaev A.A., Agranovskiy M.L., Mýminov R.Қ., Azimova G.A.	1452
GINGIVITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS Muidinova Barno Askarovna	1453
TYPE II DIABETES MELLITUS AND PREGNANCY: CLINICAL PERSPECTIVES Nasirov F.Zh.	1454
MODERN TREATMENT OF CHLAMYDIOSIS FOR THE PREVENTION OF REPRODUCTIVE LOSSES IN WOMEN WITH TORCH INFECTION Nasriddinova K.P	1455
PREVENTION OF REPRODUCTIVE PREGNANCY LOSSES IN WOMEN WITH TORCH INFECTION Nasriddinova K.P.	1456



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ANALYSIS OF ELECTRONEUROMYOGRAPHIC PARAMETERS OF PATIENTS WHO ARE SUFFERING FROM TYPE 2 DIABETES MELLITUS WITH ELEVATED BODY MASS INDEX	1457
Nazarova G.T., Mukarramov Umidjon Neurology chair	
RESULTS OF ANALYSING CORRELATION OF AMIOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS WITH DEMENTIA.	1458
Nazarova G.T Abdukadirova D.T Abdulxayeva D.B	
STUDY OF THE MORPHOLOGICAL CONDITION OF THE LIVER OF THE CHILD BORN IN THE CONDITIONS OF CHRONIC TOXIC HEPATITIS	1460
Nazarova Malokhat Berdiboevna, Yusupova Umidajon Ulug'bekovna	
METHODS OF DIAGNOSIS OF UROLITHIASIS OF THE KIDNEYS	1461
Nurmatov S.Yu., Rasulova M.M., Rashidova Sh.M.	
THE METHOD OF BUBBLING TREATMENT IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME	1463
Anton Petrovich OSTROUSHKO, Anastasia Yurievna LAPTIYOVA, Alexander Alexandrovich SHMARIN. N.N. Burdenko, MD, Prof. Andreev A.A.	
ANTIPLHOSPHOLIPID SYNDROME IN THE GENESIS OF MISCARRIAGE	1464
Parpieva Sh.O., Akhmadzhanova G.M.	
MONITORING DIFFERENT BRAND PARACETAMOLS IN UZBEKISTAN'S DRUG MARKET	1466
Pazliddinov A.V., Shokirov A.	
MONITORING DIFFERENT BRAND PARACETAMOLS IN UZBEKISTAN'S DRUG MARKET	1467
Pazliddinov A.V., Shokirov A.	
FEATURES OF FIXATION OF ZIRCONIUM DIOXIDE PROSTHESES	1468
Rakhimov Dilmurod Adilzhanovich	
PHONETIC ADAPTATION OF PATIENTS AFTER ORTHOPEDIC TREATMENT TO FULL REMOVABLE DENTURES	1469
Rakhimov Dilmurod Adilzhanovich	
SELECTION OF OPTIMAL STRUCTURAL MATERIALS FOR MANUFACTURING TEMPORARY DENTURES IN YOUNG PEOPLE WITH AGGRAVATED ALLERGIC ANAMNESIS	1470
Rakhimov Dilmurod Adilzhanovich	
INSULIN RESISTANCE AS THE BASIS OF DIABETES MELLITUS	1471
Saidova F.I.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



RELEVANCE OF EXPRESSION OF THE P53 GENE SUPPRESSOR IN THE PATHOMORPHOLOGICAL PERIODS OF BLADDER LEUKOPLAKIA. Sakhatalieva R.R., Niyazova Y.M.	1472
SPECIFICITY OF THE PATHOGYSTOLOGICAL APPEARANCE IN THE PRESENCE OF INFECTION IN THE LEUKOPLAKIA OF THE BLADDER. Sakhatalieva R.R. Niyazova Y.M	1474
THE EPYDEMIOLOGICAL ASPECTS OF ARTERIAL HYPERTENSIONI Salahiddinov Z.S., Valieva M.YU., Kodirov D.A., Alibekov Sh.O.	1475
COMORBID CONDITIONS IN HIV INFECTION Saloxiddinov Z.S., Otaqoziyev M.A.	1476
RADIOLOGICAL ASSESSMENT OF THE STATE OF PERIODONTAL TISSUES IN ADULTS Samatov Ulugbek Abdumajitovich	1477
MODERN PROBLEMS OF SIMULATION EDUCATION IN MEDICINE Sapaeva Sh.A., Bakberganov P.M., Erezhepbaev K.T.	1478
POSSIBILITIES OF OZONE THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF GENITOURINARY SYNDROME IN COMBINATION WITH NON-SPECIFIC VAGINITIS Satimova Sh.M., Mahmudova M.O.	1480
THE DEGREE OF SYNOSTOSIS OF THE CORONAL SUTURE PARTICIPATED IN THE PTERION Shadlinski V.B., Abdullayev A.S., Shadlinskaya S.V	1481
TO DETERMINE THE TYPE OF CARDIORENAL SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE SHAMSUTDINOVA G.B. FERGHANA MEDICAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH	1483
PREVENTION OF EPILEPTIC ATTACKS IN MODERN IRAN Shima Ketabi Dizgah, Leila Rinatovna Akhmadeeva	1484
MEASURES TO PREVENT IODINE DEFICIENCY IMBALANCE IN ADOLESCENTS WITH TRACE ELEMENTS Sultanova F.H., Arzikulov A.S.	1486
ERRORS IN DETERMINING THE SEVERITY OF A BURN INJURY Ten D.O. Salakhiddinov K.Z., Komilzhanov A.E.	1487
THE PROBLEM OF INFECTIOUS COMPLICATIONS WITH BURNS Ten D.O. Salakhiddinov K.Z., Komilzhanov A.E.	1488



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



A STUDY OF THE PROBLEM OF THE MENSTRUAL CYCLE DISORDER	1489
Todjiyeva N.I., Sadullayeva D.K. Scientific adviser: DcS. Khudoyarova D.R.	
THE EFFECTIVENESS OF MENOPAUSAL SYNDROME	1490
Usmonova G.A.	
THE EPYDEMIOLOGICAL ASPECTS OF ARTERIAL HYPERTENSIONI	1492
Valieva M.YU., Salahiddinov Z.S.	
THE PREVALENCE OF SOME SOCIAL-MEDICAL BEHAVIOURAL FACTOR OF THE RISK OF THE DEVELOPMENT ARTERIAL HYPERTENZII AMONGST UNORGANIZED FEMININE AND MALE POPULATION ANDIZHAN STATE	1493
Valieva M.YU.	
TREATMENT OF ACUTE GYNECOLOGICAL DISEASES	1494
Khaidarov NS, Khojiyev XM, To'ychiev BA, Nabijonova DY	
MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE DEVELOPMENT OF FACIAL - JAW ANOMALY XODJAMURATOV OTABEK FARXODOVICH URGENCH BRANCH OF TASHKENT MEDICAL ACADEMY	1495
DEFEAT OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN COVID-19.	1497
Yuldasheva S.L., Butaboev M.T., Kamalova N.L., Matkomilov J.A. .	
RECURRENT HERPETIC STOMATITIS IN CHILDREN WITH PNEUMONIA AND THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT METHODS	1498
Yunusov D.M.	
ACUTE HERPETIC STOMATITIS IN CHILDREN WITH PNEUMONIA AND THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT METHODS	1499
Yunusov D.M.	
CHRONIC OBSTRUCTIVE PYELONEPHRITIS IN CHILDREN CLINICAL AND PATHOGENETIC STAGES, OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND PREDICTION OF OUTCOMES	1501
Yunusov D.M.	
FEATURES OF ADAPTATION OF LOW-WEIGHT NEWBORNS	1502
Yunusov D.M	
PRIMARY MYOCARDITIS AFTER CORONAVIRUS INFECTION AND ITS PROPHYLAXIS	1503
Yusupova MM, Soliyev A. Abdubositov A	
“EPIDEMIOLOGY, RISK FACTORS, CLINICAL AND IMAGING FEATURES AND PRIORITIES OF ESOPHAGEAL CANCER PREVENTION IN THE FERGHANA VALLEY OF UZBEKISTAN”	1504
Zulunov A.T	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



AGE-RELATED FEATURES OF GASTRODUODENAL DISEASES AMONG THE POPULATION INFECTED WITH THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS	1506
<i>Maksumova D. K., Salohiddinov Z.S., Mamasoliev N.S.</i>	
THYROID DISEASES, RELEVANCE AND INDICATORS INCIDENCE	1507
<i>Umirzakova R.Z., Mirzaaxmedova I.Z., Xamidova M.I., Yakubbekova M.K., Delkasheva Sh.D.</i>	
IMPORTANCE OF OUTPATIENT TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY ATHEROSCLEROSIS	1509
<i>Xamidova M.I., Yakubbekova M.K., Umirzakova R.Z., Mirzaaxmedova I.Z., Delkasheva Sh.D</i>	
OPTIMUM ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN PATIENTS WITH REFRACTORY ARTERIAL HYPERTENSION	1511
<i>Xamidova M.I., Yakubbekova M.K., Ахмедов Б.Х., Шокирова Г.К., Mirzaaxmedova I.Z.</i>	
OPTIMUM ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN REFRACTORY PATIENTS ARTERIAL HYPERTENSION	1512
<i>Шокирова Г.К., Ахмедов Б.Х., Mirzaaxmedova I.Z., Xamidova M.I., Yakubbekova M.K.</i>	
ELECTRICAL INSTABILITY OF THE MYOCARDIA IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE	1513
<i>Yakubbekova M.K., Ахмедов Б.Х., Mirzaaxmedova I.Z., Xamidova M.I., Шокирова Г.К.</i>	
PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF THE CYTOKINE SPECTRUM AND THEIR CHANGES DURING VIRAL INFECTION COMPLICATED PNEUMONIA	1514
<i>Yakubbekova M.K., Umirzakova R.Z., Mirzaaxmedova I.Z., Xamidova M.I., Delkasheva Sh.D.</i>	
TALABALAR KUN TARTIBINI SHAKLLANTIRISHDA BIORITMLARNING O'RNI	1517
<i>Utamuradova N.A.</i>	
QANDLI DIABETDA ANEMIYANING ASORATLARI RIVOJLANISHIDAGI ROLI	1518
<i>Odiljonova A.B., Yuldasheva N.E.</i>	
QANDLI DIABETDA ANEMIYANING TARQALISHI, PATOGENETIK JIHATLARI	1519
<i>Odiljonova A.B., Yuldasheva N.E.</i>	
CONVULSIVE DISORDERS IN CHILDREN BORN FROM CLOSELY RELATED MARRIAGES	1520
<i>Fozilzhonov O.S., Agranovsky M.L., Muminov R.K.</i>	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



THE FREQUENCY OF MENTAL ILLNESS IN CHILDREN IN CLOSELY RELATED MARRIAGES <i>Fozilzhonov O.S., Agranovsky M.L., Muminov R.K.</i>	1521
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН <i>Фозилжонов О.Ш., Аграновский М.Л., Муминов Р.К.</i>	1522
ТРЕВОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Фозилжонов О.Ш., Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М.</i>	1523
DIFFUZ TOKSIK BUQOQNI JARROHLIK TAKTIKASINI TAKOMILLASHTIRISH <i>Jalolov A.S.</i>	1525
DIFFUZ TOKSIK BUQOQNI ZAMONAVIY DIAGNOSTIK ALGORITMI <i>Jalolov A.S.</i>	1526
ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Акбаров А.А., Далиев А.Г.</i>	1527
РОЛЬ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА В ПАТОГЕНЕЗЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ <i>Акбаров А.А., Далиев А.Г.</i>	1528
СОВРЕМЕННЫЕ МАРКЁРЫ КОМОРБИДНОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ <i>Абдуллаев С.К., Шамсиев Ф.М.</i>	1530
ДИСМИКРОЭЛЕМЕНТОЗЫ И ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ <i>Абдуллаев С.К., Шамсиев Ф.М.</i>	1531
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ <i>Абдуллаев С.К.</i>	1532
ЗНАЧЕНИЕ ИММУННО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ <i>Каримова Н.И.</i>	1533
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПРООКСИДАНТНОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ <i>Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Узакова Ш.Б.</i>	1534



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ <i>Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М.</i>	1535
ФЕНОТИПЫ WHEEZING-СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ИХ ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ <i>Шамсиев Ф. М., Каримова Н.И., Эсаханов Ш.Н., Урумбоева З.О., Зайнабитдинова С.Н</i>	1536
ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСОГЛОТКИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ <i>Урумбоева З.О., Шамсиев Ф.М</i>	1537
РОЛЬ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ <i>Урумбоева З.О.</i>	1538
РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ <i>Зайнабитдинова С.Н., Шамсиев Ф.М.</i>	1539
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 <i>Зайнабитдинова С.Н., Шамсиев Ф.М</i>	1540
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ <i>Зайнабитдинова С.Н.</i>	1541
ДИСЛЕПИДЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАННЕГО СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА <i>Бадалбаева Н.М., Узбекова Н.Р</i>	1542
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОДИСЭКТОМИИ. <i>Ш.Ш.ШАТУРСУНОВ., ШОМАНСУР Ш. ШАТУРСУНОВ., С.А.МИРЗАХОНОВ., Д.И.ЭШКУЛОВ.</i>	1543
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИЗУЧЕНИИ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКИХ АСТРОЦИТОМ В УСЛОВИЯХ IN VITRO <i>Ахмедиев М.М., Кадырбеков Н.Р.</i>	1544



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА Ахмедиев М.М. ¹ , Давлетярова У.М. ¹ , Ахмедиев Т.М. ²	1546
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИЗУЧЕНИИ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКИХ АСТРОЦИТОМ В УСЛОВИЯХ IN VITRO Ахмедиев М.М., Кадырбеков Н.Р	1548
ВЫБОР РЕГИОНА ЛИМФОТРОПНО-АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ, СОЧЕТАННЫМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ Михайлевич И.Е., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М., Хабибуллаев А.П.	1550
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА. Кадиров А.А., Худайбердиев К.Т., Тохирова З.Ш., Мамадалиев А.Б.	1551
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРКУТАННОЙ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ . Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А.Бозоров О.Р..	1552
МУАЛЛИФ ВА ТАРЖИМОН ЎРТАСИДАГИ РУҲИЙ ЎХШАШЛИКЛАР ВА ТАРЖИМА СИФАТИ Марғуба Х.Б.	1554
ИДИОМАЛАР ТАРЖИМАСИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ Будикова М.Х	1555
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ. Мамадалиев А.Р. ¹ , Давлатов Б.Н. ² , Мамасолиева Ш.У. ² , Мамадалиев А.Б.	1556
ДИАХАТАР СЎРОВНОМАСИНИ ТЎЛДИРИШ АСОСИДА УГЛЕВОД АЛМАШИНУВИ БУЗИЛИШЛАРИ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 2-ТУРИНИНГ ТАРҚАЛИШИНИ БАҲОЛАШ Мухамедова В.М., Юсупова Ш.К.	1557
РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С ИССЕЧЕНИЕМ МАЛОЙ КРИВИЗНЫ И СЕЛЕКТИВНОЙ ВАГОТОМИЕЙ В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ Пакирдинов А.С., Нуритдинов А.Т., Рахмонов Б.Ж.	1559
АССОЦИАЦИЯ СОСУДИТОГО ВОЗРАТА С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Бадалбаева Н.М., Узбекова Н.Р., Китьян С.А.	1560



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



СОБЕНОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ В ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАНАХ Азизов Д.Т., К.К.Мирзаев., Ш.А.Тожибоев	1561
ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЦЕНТРЫ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ Хамраев О.А., Рустамов У.М., Садикова Д.И.	1562
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАН С УЧЕТОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ УЧАСТИЯ ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ Азизов Д.Т., К.К.Мирзаев., Ш.А.Тожибоев	1563
РЕЗУЛЬТАТЫ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН Исмаилов С.И., Назыров ф.г., Бабаджанов а.х., Акбаров м.м., Джанбеков т.а., Байбеков р.р., Усманов А.А., Тургунбаев Э.К.	1565
СОПОСТАВЛЕНИЕ ТАКСОНОМИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЧЕЛОВЕКА. Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Хакимова И.Т	1566
ORGANIC UREA COMPOUNDS AND THEIR DISINFECTANT CHARACTERISTICS Isanova D.T., Azizov Yu.D., Khakimova I.T.	1566
DETERMINATION OF THE ADHESIVE PROPERTIES OF MICROORGANISMS IN UROPATHOLOGY. Isanova D.T., Azizov Yu.D., Akhmedova D.K	1567
МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН АДГЕЗИВНОЙ АКТИВНОСТЬ МОЧИ И СЫВОРОТКИ КРОВИ Сатликов Р.К., Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Мамадиев Х.Г., Дадаханова Р.А.	1568
ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ЦИСТИТОВ У ЖЕНЩИН. Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Ахмедова Д.К.	1569
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРОМАЛЬНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРОСТАТЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Хамраев О.А., Рустамов У.М., Садикова Д.И	1569
ПОЛУЧЕНИЕ CO ₂ ЭКСТРАКТА РАПСА (<i>BRASSICA NAPUS L.</i>) И ИЗУЧЕНИЕ ЕГО ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА Тилеуберди Н.Н., Тургумбаева А.А.	1571



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



СТАБИЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА.	1572
Тухтаев Ж.Т., Ботиров Н.Т., Джалилов Ф.Р., Мамаджанов К.Х.	
ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ В ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИЯХ.	1573
Тухтаев Ж.Т., Мамаджанов К.Х., Ботиров Н.Т., Джалилов Ф.Р.	
СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	1574
Тухтаев Ж.Т., Джалилов Ф.Р., Ботиров Н.Т., Мамаджанов К.Х.	
О ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ.	1575
Тухтаев Ж.Т., Мамаджанов К.Х., Ботиров Н.Т., Ф.Р. Джалилов	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ.	1576
Ж.Т. Тухтаев, К.Х. Мамаджанов, Н.Т. Ботиров, Ф.Р. Джалилов	
К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ.	1577
Тухтаев Ж.Т., Ботиров Н.Т., Джалилов Ф.Р., Мамаджанов К.Х.	
ШКАЛА ОЦЕНКИ СТАДИИ ДИСЛОКАЦИОННОГО СИНДРОМА.	1578
М.Н. Хакимов, А.Б. Мамадалиев	
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ.	1579
Хакимов М.Н., Кариев Г.М., Худайбердиев К.Т., Мирзаюлдашев Н.Ю.	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРКУТАННОЙ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ.	1580
Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А.Бозоров О.Р..	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОДИСЭКТОМИИ.	1581
Ш.Ш.Шатурсунов., Шомансур Ш. Шатурсунов., С.А.Мирзаханов., Д.И.Эшкулов.	



APPLICATION OF HIGH INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE MEDICINE



GIPOOTIREOZ KASALLIGIDA KOGNITIV FUNKSIYALAR YETISHMOVCHILIGI RIVOJLANISHINING O'ZIGA XOSLIGI Nazarova G.T., Vaxobov S.G.	1582
ANALYSIS OF ELECTRONEUROMYOGRAPHIC PARAMETERS OF PATIENTS WHO ARE SUFFERING FROM TYPE 2 DIABETES MELLITUS WITH ELEVATED BODY MASS INDEX Nazarova G.T., Mukarramov Umidjon	1583
АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ И СВЯЗЬ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ О.Я.Бустанов	1584
НЕЙРОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ «COVID-19» И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ. С.А.Касымова	1585
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА С.А.Касымова	1586
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИЙ ГИПОФИЗА С.Т.Худайбердиев	1587
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПЕРЕДНЕЙ ДОЛИ ГИПОФИЗА С.Т.Худайбердиев	1589
CLINICAL LINGUISTICS AS A BRANCH OF LINGUISTICS Laziza S.Kh	1590
NEURO-LINGUISTIC PROGRAMMING (NLP) AND ITS IMPLICATIONS FOR ENGLISH LANGUAGE LEARNERS Laziza S.Kh	1592